FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909.

THÈSE

N° 6

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 Octobre 1909, à 1 heure

PAR

René BOUVIER

DE L'APPENDICOSTOMIE

DANS LE TRAITEMENT DES COLITES REBELLES

ET

SES INDICATIONS

Président : M. PAUL SEGOND, Professeur.

Juges : MM. RECLUS, Professeur. PROUST, ZIMMERN, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

SALINS
IMPRIMERIE LÉON BOUVIER

1909.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen.....	M. LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale ..	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anathomie pathologique.....	P. MARIE.
Histologie.....	PRENANT.
Opérations et appareils.....	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	GILBERT.
Hygiène.....	CHANTEMESSE.
Médecine légale.....	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie....	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants.....	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux...	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires....	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNÉO.	LAUNOIS.	NICLOUX.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECÈNE.	NOBÉCOURT.
BRANCA.	DESGREZ.	LEGRIS.	OMBREDANNE.
BEZANÇON (Fern.).	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	POTOCKI.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	PROUST.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RENON.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	RIEFFEL.
CASTAIGNE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	SICARD.
CLAUDE.	LABBÉ (Marcel).	MULON.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	LANGLOIS.		

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma profonde affection et de mon inaltérable reconnaissance.

O mon père, ô ma mère,
C'est à vous que je dois tout !
(Louis PASTEUR).

A MON FRÈRE LE DOCTEUR EDGAR BOUVIER

A MA SŒUR BÉATRIX

A MON FRÈRE MAX

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE
LE GÉNÉRAL MOINIER

A MES PARENTS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

Officier de la Légion d'Honneur,
Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de la Salpétrière

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer nos études médicales, nous ne saurions, sans manquer à un devoir impérieux entre tous : celui de la reconnaissance envers les maîtres vénérés dont la science et le dévouement nous guidèrent si sûrement vers la carrière que nous avions choisie, nous dispenser de leur adresser ici, à tous, avant d'entrer dans l'exposé de notre modeste travail, l'hommage de nos sentiments de respectueuse et inaltérable gratitude.

N'avons-nous pas encore, toute fraîche à la mémoire, la bienveillante sollicitude de nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Besançon : de Monsieur le Docteur F. Prieur, son distingué directeur ; de Monsieur le Docteur Mandereau, notre érudit professeur d'anatomie ; de Messieurs les Docteurs Chapoy et Gauderon dont les conseils paternels autant qu'éclairés vinrent si souvent corroborer le puissant enseignement ?

Et, au cours des trois années d'études que nous passâmes à Paris, quelle énorme dette de reconnaissance n'avons-nous pas contractée à l'égard de nos maîtres éminents des Hôpitaux, qui toujours nous accueillirent dans leurs services avec une affabilité dont le temps vainement chercherait à altérer le souvenir.

Nous citerons en première ligne l'éminent professeur Dieulafoy, de l'Hôtel-Dieu. C'est grâce aux incomparables cliniques du Maître, à ses hautes leçons, comme à ses lumineuses discussions au lit des malades, que nous devons d'avoir pénétré les premiers arcanes de la vraie médecine.

Comment oublierions-nous, d'autre part, la paternelle et si flatteuse bienveillance dont ne cessa de nous honorer, aussi longtemps que dura notre trop court stage dans son service, Monsieur le Docteur Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu ? Il sut si bien, dans ses causeries familières autant que profondes, aussi savantes qu'exemptes de prétention, nous livrer les trésors de sa science, que c'est à pleines mains — comme lui-même nous les livrait à plein cœur — que nous pûmes y puiser ce que nous possédons aujourd'hui de connaissances chirurgicales. Nous devons, de plus, à son inépuisable bienveillance le sujet de notre thèse. Double raison pour que, bien doux nous soit le devoir de rendre ici à ce maître aimé, le public hommage de notre inaltérable reconnaissance.

Ayant eu la bonne fortune d'accomplir notre stage d'obstétrique à *la Pitié*, dans le service de Monsieur le Professeur Lepage, nous ne saurions perdre la mémoire de la haute valeur de son enseignement, non plus que celle de ses bontés à notre égard. Nous conserverons du Maître, auquel nous sommes redevable de nos connaissances obstétricales, un souvenir fait de gratitude bien sincère et d'affectueux respect.

Un devoir nous reste : celui d'exprimer à Monsieur le Professeur Segond, nos remerciements à fa fois les plus respectueux et les plus cordiaux pour l'honneur qu'il nous a fait — honneur dont nous apprécions tout le prix — en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Les chirurgiens ont été souvent conduits à pratiquer l'incision du cœcum, soit dans le but de déterminer l'évacuation des gaz et des matières, dans les cas d'obstacle à leur cours normal, siégeant au-delà du cœcum, soit à l'effet de rendre possible le lavage, par de grandes irrigations, du gros intestin tout entier.

Si les cas où cette intervention fut tentée sont encore relativement peu nombreux, c'est que la cœcostomie est une opération récente qui ne date que d'un peu plus d'une vingtaine d'années. Les résultats, cependant, en ont été assez nets, assez probants, pour qu'il fût possible d'en dégager la valeur thérapeutique.

C'est FOLLET, de Lille, qui, en 1884, réalisa pour la première fois un anus cœcal chez un malade, atteint de dysenterie chronique et qu'aucune médication n'avait pu soulager. L'intervention pratiquée in-extremis ne put malheureusement empêcher la mort de se produire rapidement.

Cet échec, dû à la tardivité de l'opération, n'empêcha pas Follet de penser avec juste raison, que, faite à temps, la cœcostomie était susceptible d'une grande efficacité.

Elle ne fut cependant à nouveau tentée de propos délibéré qu'en 1887, par NAVARO, qui en obtint la guérison complète d'une colite ulcéreuse.

Un peu plus tard, en 1893, MAYO-ROBSON rapportait un cas de recto-colite rebelle à tout traitement médical, guérie complètement par la colostomie inguinale gauche, suivie d'irrigations des surfaces ulcérées avec une solution boriquée.

Bientôt en Angleterre: KEITH, HALE-WHITE, GOLDING-BIRD ; en Allemagne : LINDER ; en Italie : GIORDANO, SCHIASSI, eurent à leur tour recours à la cœcostomie.

QUÉNU, de son côté, pratiquait en 1900 cette opération dans un cas de colite chronique grave.

Dans sa thèse de 1902, M. G. LABEY (1) rassemblait vingt-six cas de colostomie, dont plusieurs cœcostomie, et, de l'étude comparée de ces différents cas, concluait à l'utilité du traitement chirurgical dans les colites graves chroniques, traitement qui permet de mettre le gros intestin au repos et d'en pratiquer l'irrigation.

Tout récemment, cependant, on a proposé, puis réalisé, une opération nouvelle, sorte de cœcostomie simplifiée consistant en la formation d'un anus appendiculaire, et à laquelle fut donnée le nom d'APPENDICOSTOMIE.

La cœcostomie est une opération qui, bien que simple en elle-même, nécessite une exécution minutieuse et laisse toujours une porte ouverte à un danger des plus sérieux : l'inoculation péritonéale.

Si en effet le drain introduit dans la fistule cœcale, suivant la méthode de *Kadder-Gibson*, vient à en être retiré par glissement ou par maladresse, du liquide fécal peut parfaitement s'écouler et infecter la séreuse, ce qui ne se produira jamais dans l'appendicostomie ; c'est même là l'immense avantage de cette dernière opération qui présente en outre, comme on le verra plus loin, une extrême simplicité.

C'est en 1894 que *Keetley* (2) proposa pour la première fois de remplacer le drain artificiel par l'appendice employé comme drain naturel ; il indiqua qu'il suffisait d'amener cet organe au dehors, à travers la paroi abdominale, et d'en sectionner l'extrémité pour avoir un dispositif permettant de faire communiquer la cavité intestinale avec l'extérieur, sans risque de contamination de la séreuse. Mais il faut arriver en 1906 pour voir *Keetley* faire une première application de son innovation, alors que l'Appendicostomie avait été pratiquée pour la première fois par WEIR (3), de New-York, dès 1902.

(1) G. Labey. — Thèse de Paris 1902. — *De la cœcostomie dans le traitement des colites rebelles.*

(2) Keetley. — British Médical Journal vol II. 1894 p. 1155.

(3) Weir R.-F. — A ne wuse for the useless appendix in the surgical treatement of obstinate colitis. New-York Medical Record August 9 th. 1902, LXII p. 201.

Dans son travail publié dans *Médical Record (1902)*, *Weir* rapporte deux cas de colite traités par les irrigations intestinales.

Le premier de ces cas, traité par la fistule cœcale de *Kadder-Gibson*, fut suivi d'une guérison rapide. Et c'est dans le second que fut, par lui, pratiqué l'anus appendiculaire.

Nous jugeons intéressant, d'ailleurs, d'en rapporter ici l'observation avec quelques détails :

« Un jeune homme, âgé de 31 ans, présentait depuis 3 ans environ, une diarrhée persistante constituée par des évacuations sanguines plus ou moins mêlées aux matières fécales. Le malade étant très anémié, le nombre des globules rouges était tombé à 2.024.000 et le taux de l'hémoglobine à 27,5 0/0. Les évacuations rectales étaient très nombreuses, variant de 20 à 25 par jour.

A l'examen du rectum, WEIR trouva un polype fibreux situé juste au-dessus de la prostate, dont l'ablation ne supprima pas les hémorragies. L'examen au sproctoscope ne permit de découvrir aucune ulcération intestinale, mais montra l'intestin sensible et épaissi dans la région sigmoïde.

Comme tous les traitements médicaux demeuraient invariablement sans résultat, WEIR décida de pratiquer au-dessus de l'ombilic une incision exploratrice ; et, aussi loin qu'il put voir ou sentir, le colon lui parut être sensible et congestionné, sans, pourtant, qu'il pût constater la présence d'aucune tumeur.

C'est alors que l'opérateur se résolut à recourir à la fistule cœcale qu'il avait employée déjà dans le cas précédent.

Nous laissons ici la parole au savant praticien : « Lorsque, dit-il, le cœcum fut à découvert, l'appendice rosé se présenta si opportunément à la vue, que je décidai de l'employer pour réaliser la fistule désirée ; il fut donc fixé à la paroi et le reste de la plaie fermé. Mais comme je ne connaissais la résistance du point de jonction de l'appendice avec le cœcum, que par ce que j'avais observé dans les conditions anormales que crée l'appendicite, je jugeai plus sage, après avoir suturé avec soin l'appendice à la lèvre de la plaie, d'en ouvrir l'extrémité et d'introduire à l'intérieur une sonde de coutchouc n° 12 qui pénétra librement dans le cœcum. Cette extrémité sectionnée fut ensuite

fermée par une ligature temporaire et, afin de prévenir l'écoulement de liquide, j'appliquai un pansement.

« Le lendemain cette ligature fut enlevée et, deux jours après, on commençait le traitement par des lavages qui furent employés avec les plus satisfaisants résultats.

« Au bout de deux mois, l'amélioration est manifeste, le sang a disparu des selles qui, de 24, sont tombées à 5 ou 6 par jour. Les hématies sont maintenant au nombre de 3.600.000 ; le taux de l'hémoglobine s'est élevé à 60,5 0/0 ; le malade augmente de poids et reprend ses forces. Une fois la guérison complète, on plongea la pointe d'un thermocautère dans la lumière de la fistule, ce qui amena la destruction des membranes muqueuses et l'obturation parfaite du trajet, par cicatrisation.»

* * *

Si les chirurgiens américains ont eu l'honneur d'inaugurer l'appendicostomie, c'est à Monsieur le Professeur SEGOND (1) que revient celui d'avoir, pour la 1re fois en France, attiré l'attention sur cette opération, à la suite d'une communication par lui faite à la Société de chirurgie. Plusieurs chirurgiens s'engagèrent résolument dans cette voie féconde et parmi eux nous citerons M. le Docteur LAPEYRE (2), chirurgien-chef de l'Hôpital de Tours.

On trouvera plus loin deux observations fort intéressantes qu'il a eu l'obligeance de nous faire tenir par l'intermédiaire de notre éminent Maître, M. le Docteur GUINARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

L'appendicostomie se présente donc comme une intervention nouvelle qui, tant par la simplicité de son mode opératoire que par la fécondité des résultats qu'elle a permis d'obtenir, mérite d'être analysée de près, de voir ses applications multipliées et ses conditions précisées. Tel est le but que nous nous sommes proposé et que nous nous efforcerons d'atteindre dans ce modeste travail.

(1) Segond. — Compte-rendu de la Société de Chirurgie 1904.

(2) Lapeyre. — Congrès de Chirurgie, 4 octobre 1905.

CHAPITRE PREMIER

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Depuis que l'appendicite a été isolée nettement, en tant qu'affection bien individualisée, les connexions anatomiques de l'appendice ont été précisées avec assez de soin, les procédés mis en œuvre pour atteindre cet organe ont été définis avec assez d'exactitude, pour qu'une opération telle que l'appendicostomie revête immédiatement un caractère de grande simplicité.

BENNETT (1) a tracé ainsi qu'il suit les grandes lignes de la technique opératoire : On mène une incision oblique dans la paroi de l'abdomen selon la direction des fibres du muscle oblique externe ; le point d'élection est celui qui est employé lors de la résection simple de l'appendice. Sa longueur doit être suffisante pour admettre deux doigts, après la section des apanévroses et des muscles ; le feuillet péritonéal est lui-même divisé et chacune des lèvres de la plaie séreuse est repérée par une pince à forcipressure. Un ou deux doigts introduits recherchent, accrochent et attirent à l'extérieur l'appendice avec la plus grande facilité.

Des adhérences inflammatoires pourront parfois compliquer cette manœuvre, mais elles ne sauraient en aucun cas créer de difficultés insurmontables.

A travers les lèvres de la plaie, l'appendice est donc attiré au dehors jusqu'à ce qu'il soit amené au contact du péritoine pariétal ; une ou deux sutures de soie ou de

(6) Bennett, W.-H. — A clinical lecture on appendicostomy and its possibilities. — The Lancet 1906, vol. I, p. 419.

catgut fixent alors le méso-appendice et le bord libre de l'organe aux lèvres de l'incision.

Pour éviter toute nécrose, il convient de s'assurer que le mésentère n'a pas subi de torsion sur lui-même. De même pour parer à tout étranglement. on fait un nœud à la suture après qu'elle a intéressé le méso-appendice, et les deux chefs devenus libres peuvent être utilisés pour rapprocher les bords du péritoine.

Un procédé simple encore consiste à fixer l'appendice par deux épingles de sûreté, rigoureusement stérilisées, traversant l'organe de chaque côté entre les couches musculaire et muqueuse, et en fermant au-dessous la plaie abdominale par sutures.

Quelque temps après, le jour suivant par exemple, la partie saillante de l'appendice est sectionnée à un quart de pouce (7 millimètres) au-dessus de la paroi abdominale. et le tronçon ainsi obtenu est fixé par deux points de soie à la peau. Ces points ne sont pas absolument nécesssaires, mais ils sont une garantie contre toute rétraction possible du moignon.

Ainsi pratiquée, l'opération n'est suivie d'aucun phénomène réactionnel. On passe à travers l'appendice une sonde de caoutchouc de grosseur convenable que l'on pousse jusque dans le cœcum. Il n'y aura jamais ainsi ni régurgitation, ni infiltration le long des parois du moignon.

Le sphincter situé à l'orifice cœcal de l'appendice s'applique fortement sur la sonde et ferme complètement l'orifice lorsque cette dernière a été retirée.

S'il arrivait que la lumière fût trop petite, il serait facile de la dilater progressivement jusqu'à ce qu'elle admette une sonde anglaise n° 10 ou 12.

Il convient de laisser la sonde à demeure durant dix jours consécutifs, afin d'éviter tout rétrécissement de la lumière par rétraction de la plaie. Plus tard, il suffira d'introduire la sonde une ou deux fois par jour, à l'occasion des lavages.

Les écueils à éviter sont donc les suivants :

1° Ne pas intéresser le méso-appendice, ce qui risquerait de compromettre la nutrition de l'organe.

2° S'assurer qu'il n'existe pas de torsion de l'appendice.

3° Avoir grand soin de comprendre la couche muqueuse dans le suture à la peau, afin d'éviter que celle-là ne subisse une rétraction à l'intérieur des couches musculaires, ce qui aurait pour effet à peu près certain un rétrécissement.

En résumé, comme l'a si bien défini Monsieur le Professeur SEGOND (1) : « Il suffit de libérer l'appendice, de le laisser pendre au dehors entre des compresses, d'en faire une sorte de drain naturel, ou mieux : de « manchon » permettant d'introduire dans le cœcum une sonde par laquelle le contenu intestinal s'écoulera hors de la plaie, sans que celle-ci soit exposée au moindre risque de contamination. »

Une fois les adhérences produites, la partie saillante de l'appendice est réséquée.

Allant au devant de l'objection qu'on pourrait nous faire : que l'appendice se trouve parfois imperméable ou présentant une lumière insuffisante pour permettre l'introduction d'une sonde, même très petite, nous dirons tout de suite que cette éventualité parait être rarissime, si l'on s'en rapporte à la statistique suivante basée sur 100 autopsies faites à l'hôpital St-Georges, et d'où il ressort, d'après BERNARD DAWSON (2) ,que :

L'appendice était une corde fibreuse sans lumière dans 2 cas ;

La lumière ne donnait accès qu'à un poil, dans 2 cas ;

L'Appendicostomie aurait été possible dans 96 cas.

C'est dire, — on nous l'accordera, — que l'objection ne saurait être que spécieuse. Ajoutons que l'on pourra toujours, dans les cas extrêmement rares, on vient de le voir, d'appendice rétréci, recourir à la cœcostomie.

A présent que nous voilà à même d'apprécier la simplicité de l'opération de l'Appendicostomie, examinons-en les nombreuses indications, en insistant particulièrement sur l'Appendicostomie dans le traitement des colites rebelles.

---

(1) *Loc. citat.*

(2) DAWSON, (Bernard). – Appendicostomy : With notes on the surgical aspects of colitis. — The Britisch Médical Journal. 9 janvier 1909. n° 2506 p. 78 à 83.

CHAPITRE II

INDICATIONS DE L'APPENDICOSTOMIE

Le résultat immédiat de l'opération est, nous venons de le voir, qu'une communication facile est établie entre l'extérieur et la cavité du gros intestin. Ses indications découlent de cette constatation.

L'Appendicostomie est donc à employer :

1° Pour évacuer au dehors des gaz et des matières fécales retenus par toute cause d'obstruction intestinale siégeant au niveau du colon.

2° Pour permettre l'irrigation du gros intestin avec sortie des liquides par l'anus, et l'introduction dans cette partie du tube digestif de substances médicamenteuses astringentes et antiseptiques, dans tous les cas où l'expérience aura démontré le rôle utile de cette méthode. Non seulement, dans ce dernier cas, le lavage intestinal peut avoir une action topique locale, mais il permet encore de modifier la flore intestinale, de balayer les produits toxiques produits àl'intérieur du colon et dont le résorption menace de léser l'organisme tout entier.

Nous allons donc examiner successivement, à ce double point de vue, les résultats obtenus dans les différents cas où l'Appendicostomie fut pratiquée, et étudier pour chacun d'eux la valeur thérapeutique de cette intervention ; mais nous insisterons tout particulièrement sur les différents cas de colites aiguës ou chroniques pour le traitement desquelles la chirurgie trouve dans l'appendicostomie l'arme la plus précieuse, la plus victorieuse.

CHAPITRE III

DE L'APPENDICOSTOMIE DANS LES CAS DE COLITE

C'est dans les cas de colite, et surtout dans les formes graves et rebelles de cette affection, que la cœcostomie, ou plus récemment l'appendicostomie, ont été le plus fructueusement pratiquées. De fait, les résultats de cette intervention chirurgicale sont d'autant plus probants, que c'est le plus souvent à des malades suivant depuis longtemps un traitement médical dont les modes variés n'avaient abouti qu'à une succession d'échecs répétés, qu'elle a été appliquée.

Mais il importe, non seulement de préciser les formes de colites qui sont justiciables du traitement chirurgical, mais encore d'essayer de dresser un cadre d'attente dans lequel on puisse ranger les différentes formes de colites.

Il ne saurait s'agir en effet, quant à présent, que d'une classification purement clinique, car nos connaissances touchant la pathogénie de cette affection sont encore trop insuffisantes pour qu'il soit permis d'en donner, avec quelque exactitude, une systématisation suivant les agents pathogènes.

Le plus grand nombre des colites sont le résultat d'une dysenterie chronique, mais il en existe bon nombre de formes s'installant d'emblée, rebelles aux moyens médicaux et dont l'étiologie ne peut encore être que soupçonnée.

Si nous laissons de côté la colite muco-membraneuse, qui ne semble pas ressortir vraisemblablement aux ulcérations vraies du colon, et l'actinomycose du colon, affection rare créant des érosions plutôt que des ulcérations, « on ne trouve guère, écrit LETULLE, dans

le colon, que deux sortes de lésions bien connues : la dysenterie chronique et la colite tuberculeuse. Les ulcérations urémiques développées au niveau du gros intestin, le sont beaucoup plus exceptionnellement que dans l'intestin grêle.... Le diagnostic en dernière analyse, doit se baser sur l'étude microscopique et bactériologique des pièces, qui seule ne saurait tromper ».

Il parait donc de toute évidence que bien des colites étiquetées « ulcéreuses », ne sont en réalité que des colites tuberculeuses.

Mais, comme le fait si justement observer LABEY (1), que sont donc ces colites ulcéreures, rencontrées si fréquemment par les médecins et chirurgiens étrangers, en dehors de la dysenterie et des ulcérations intestinales dépendant d'une dyscrasie et d'une intoxication ? Il nous est fort difficile de le savoir et nous nous bornerons à enregistrer la qualification donnée par les observations qui appellent *ulcéreuses* les colites dans lesquelles il y a évacuation de pus ou constatation *de visu* d'ulcérations.

Quoi qu'il en soit, que nous ayons affaire à des colites ulcéreuses dues à la dysenterie, à la coprostase ou à la tuberculose, nous ne pourrons guère les distinguer au point de vue clinique.

Les différents cas de colites ulcéreuses sont étiquetés, dans la littérature médicale, sous les dénominations les plus diverses ; c'est ainsi qu'on trouve rapportées des observations de colites membraneuses, pseudo-membraneuses, folliculaires, muco-membraneuses, croupales, etc.... Cette terminologie, invoquant tantôt un symptôme, tantôt une lésion anatomique comme caractère essentiel, ne présente aucune homogénéité.

LABEY (2) fait remarquer que les colites traitées chirurgicalement ont été classées sous trois rubriques :

Colites muco-membraneuses ;

Colites ulcéreuses ;

Colites dysentériques.

Mais cette classification invoque encore comme caractéristique, tantôt un symptôme (présence de mucus et de

(1) G. LABEY. — Thèse de Paris 1902. De la Cœcostomie dans le traitement des colites rebelles.

(2) Loc. citat.

membranes), tantôt une lésion anatomique (ulcérations), tantôt un agent pathogène (colite dysentérique).

Nous croyons plus exact de ranger les différentes formes de colites, à l'exemple de DAWSON (1), en tenant compte à la fois de leur allure clinique et des lésions présentées par le gros intestin. Il y aurait ainsi la :

Colite simple aiguë ;
Colite chronique simple.
Colite ulcérée aiguë.
Colite ulcérée chronique.

Entre ces différentes formes, il n'y a pas de démarcation absolument tranchée, la simple inflammation du colon pouvant aboutir plus ou moins rapidement à l'ulcération de la muqueuse. Disons cependant quelques mots de chacune d'elles.

a) Colite simple aiguë. — Elle peut pathologiquement être comparée à la pharyngite aiguë. Sous l'influence du traitement, elle peut guérir ou s'améliorer, ou au contraire dégénérer en colite ulcérée aiguë ou en colite simple chronique.

b) Colite simple chronique. — Elle peut provenir, comme on vient de le voir, d'une colite simple aiguë, et cela sans aucune phase aiguë apparente ; on peut pathologiquement l'assimiler à la rhinite hypertrophique, ce qui a pu la faire appeler « colite hypertrophique ». On emploiera le terme de « colite simple chronique », quand, à l'examen sigmoïdoscopique, la muqueuse de l'anse sigmoïde apparaitra nettement épaissie et œdematiée, et qu'elle sera le lieu de sécrétion d'un mucus abondant sans ulcérations.

c) Colite ulcérée aiguë. — Elle résulte généralement d'une colite simple aiguë mal soignée ou négligée, mais peut cependant se déclarer d'emblée ulcérée, si la muqueuse du colon a été dès le début le siège d'une inflammation intense. Cela s'observe surtout dans les cas de dysenterie dûe au bacille de Shiga et à l'amœba coli.

d) Colite chronique ulcérée. — Elle a beaucoup d'analogie avec les diverses formes de gastrites et d'ulcères gastriques.

L'ulcération peut n'être que superficielle et pointillée

(1) Loc. citat.

sans présenter d'autre caractère que celui d'une simple érosion; parfois au contraire, elle peut être étendue, serpigineuse et progressive, aboutissant rapidement, en ce cas, à la péricolite, à l'abcès et, par suite, à la perforation.

* * *

C'est surtout dans les formes graves de colites muco-membraneuses ou simples, et dans celles de colites ulcéreuses, que le traitement chirurgical est surtout indiqué.

On sait que la colite simple présente trois ordres principaux de symptômes :

1° une constipation généralement opiniâtre,

2° le rejet, dans les selles, de mucosités tendant à se concréter et à prendre l'aspect de membranes.

3° des douleurs abdominales se présentant souvent sous forme de crises plus au moins violentes.

La constipation précède presque toujours la colite; c'est elle qui en est pour ainsi dire la cause : mais une fois la colite déclarée, c'est celle-ci qui, à son tour, entretient la constipation, et l'on tourne dès lors dans un cercle vicieux.

Dans presque toutes les observations, nous voyons que les malades sont des constipés de vieille date, soit que le besoin de défécation se fasse rarement sentir, soit que, pour une cause ou pour une autre, l'on résiste à ce besoin; dans ce dernier cas, la sensibité rectale finit par s'émousser et, à une constipation voulue, succède la constipation forcée et involontaire.

Mais cette constipation avec matières sèches, dures et ovillées n'est que d'assez courte durée. Elle alterne bientôt avec des périodes de diarrhée due surtout à l'irritation de la muqueuse par le contact prolongé des matières retenues.

L'affection est en somme caractérisée par ces alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques, mais surtout par la présence dans les selles de muco-membranes. Ces membranes paraissent n'être autre chose que du mucus concrété sous l'influence d'un ferment anormal, la mucinase, mis en évidence par les recherches de ROGER.

Ces membranes sont souvent expulsées à intervalles éloignés et cette expulsion est accompagnée, précédée ou suivie, de douleurs plus ou moins aiguës. Suivant LANGENHAGEN, tantôt ces douleurs sont continues, habi-

tuelles, tantôt elles surviennent sous forme de crises paroxystiques.

Ces crises paroxystiques sont non seulement caractérisées par l'exacerbation douloureuse, mais aussi par une aggravation de tous les symptômes concomitants.

« L'atonie intestinale, nous dit LANGENHAGEN, est portée à son comble et le cours des matières complétement arrêté ; le spasme est également plus prononcé qu'à l'ordinaire et il est un des principaux éléments de la douleur.

« Quelquefois sujette à des accalmies de quelques heures, cette douleur est le plus souvent continue, dure nuit et jour, occupant surtout la région péri-ombilicale et les fosses iliaques. Les malades la comparent à du feu qui dévore les intestins. Il y a ordinairement, dans ces cas, des phénomènes bien nets de péritonisme avec pâleur de la face, petitesse du pouls, aspect grippé des traits, rétraction des ailes du nez, etc...

« En proie à des souffrances si vives, les malades, on le conçoit sans peine, gardent le lit. Leur ventre se ballonne et devient douloureux dans toute son étendue. A l'examen on trouve un abdomen distendu, météorisé, dont la palpation est souvent impossible, les malades ne pouvant même pas supporter le contact de la main. Le poids des couvertures, au moment des exacerbations leur est lui-même intolérable, et ils restent dans leur lit immobiles, n'osant imprimer au ventre le moindre déplacement. Les moyens les plus énergiques sont presque sans effet sur ces cruelles souffrances.

« Pendant les crises, l'intolérance pour les aliments est absolue. Le lait constitue la seule ressource alimentaire ; les œufs eux-mêmes, d'habitude très bien supportés par les mêmes sujets, donnent lieu à une exacerbation des douleurs au moment où se fait la digestion ».

Ces crises, parfois assez rapprochées pour constituer un véritable « état de mal » (MATHIEU), sont à la vérité assez rares.

En somme, la colite muco-membraneuse, qui parait être le plus souvent, nous l'avons dit, le résultat d'une constipation chronique et opiniâtre, est caractérisée par :

1°) La constipation alternant avec des crises diarrhéiques ;

2° Le rejet, dans les selles, de mucus et de membranes ;

3° Les douleurs continues ou paroxystiques, symptômes de réaction péritonéale.

A ces phénomènes s'ajoutent le plus souvent des troubles nerveux variés et complexes : hystérie, neurasthénie, dyspepsie, troubles cardiaques tels que : palpitations, intermittences, fausse angine de poitrine, etc.

MATHIEU distingue parmi ces formes graves de colites, trois types bien distincts :

1° La forme grave continue, tenace, avec paroxysme souvent de longue durée ;

2° La forme grave à paroxysmes fébriles, dans laquelle il n'est pas rare de voir les crises douloureuses s'accompagner d'une élévation de température pouvant atteindre 40°, avec ventre douloureux et selles plus abondantes et muqueuses ;

3° La forme grave douloureuse, où les paroxysmes très pénibles confinent le malade au lit, avec retentissement d'allure grave sur tout le système nerveux (affaiblissement, anémie ou hypocondrie grave).

Parmi les complications les plus sérieuses, citons aussi et surtout les hémorragies qui se trouvent fréquemment relatées dans les observations des cas traités par l'appendicostomie.

* * *

La symptômatologie des formes graves de colites ulcérées chroniques est encore plus variable. Au début, ce sont des symptômes de colite chronique simple ; puis les selles deviennent de plus en plus douloureuses et fréquentes (dépassant 30 par jour). Fluides, pâteuses, fétides, sanguinolentes, parfois même purulentes, elles s'accompagnent d'un ténesme pénible. La langue est blanche, sale ; les vomissements fréquents. Les traits sont tirés, l'abdomen distendu, et douloureux ; le pouls fléchit, la température est irrégulière.

Le malade, profondément anémié, meurt alors par cachexie ou par perforation intestinale.

Cette affection évolue d'une façon plus ou moins aiguë. Son diagnostic précis est surtout fait par l'examen, au colonoscope ou au sigmoïdoscope, de la muqueuse rectale, examen qui permet d'apercevoir les ulcérations de la partie inférieure du gros intestin.

Le colonoscope inventé par KELSEY, est constitué par un tube métallique, dont l'extrémité à introduire est taillée en bec de flûte et munie d'un obturateur.

Après nettoyage du rectum et de l'S iliaque par un ou plusieurs lavements, on introduit le tube, le malade étant en position génu-pectorale. Le fond est éclairé au moyen d'une source de lumière électrique. Le tube étant retiré progressivement, on peut ainsi explorer successivement une bonne partie de l'anse sigmoïde et en constater l'intégrité ou l'altération.

* * *

En présence des formes graves de colites que nous venons de décrire brièvement, le traitement médical est trop souvent impuissant ; s'il soulage et guérit parfois, il n'échoue que trop fréquemment. Il est en tout cas, toujours très long, et parmi les malades, ceux-là seuls s'en trouvent bien, qui, ainsi que le fait remarquer LYON, « ne se croient jamais guéris ».

Il est, de plus, des cas où les crises douloureuses se rapprochent tellement, où les phénomènes péritonéaux, l'anémie et les troubles nerveux constituent un état si grave, qu'en présence de l'inutilité démontrée d'une médication ordinaire, l'intervention chirurgicale s'impose comme seule capable de procurer la guérison. La supériorité du traitement chirurgical ne ressort-elle pas, d'ailleurs, plus évidente encore que de toute vue théorique, de la lecture et de l'analyse des observations qui s'y rapportent ?

Qu'on en juge :

MORLEY WILIS (1) opère une femme de 32 ans, qui souffre de colite depuis au moins 2 années, avec douleurs abdominales violentes ; il fait l'Appendicostomie suivie de lavages intestinaux de 2 à 3 pintes d'eau savonneuse durant trois semaines. — *Guérison.* (Observation I).

BERNARD DAWSON (2) reçoit une malade âgée de 38 ans, mère de deux enfants, qui souffre de douleurs abdominales au niveau de l'anse sigmoïde. L'examen sigmoïdoscopique révèle une muqueuse enflammée. Selles avec mucus, 9 à 10 fois par jour.

(9) MORLEY WILIS. — The Lancet, 1906. Vol. I p. 1180.

(7) *Loc. Citat.*

Traitement médical échoue.

Appendicostomie le 18 Juin 1907, faite par M. SWINDFORD EDWARDS. Irrigations de 6 pintes d'eau boriquée faible, ou de protargol (4 gr. pour une pinte).

29 octobre 1907. — *Guérison* (Observation II).

BERNARD DAWSON (1). Un homme de 35 ans, qui, deux ans auparavant, avait souffert d'une diarrhée muqueuse, entre à l'hôpital pour papillôme péri-anal, qui avait été opéré, mais avait récidivé ; 4 ou 5 selles sanguinolentes par jour, avec mucus.

Appendicostomie faite par M. MUMMERY, le 10 septemdre 1907. Même traitement que précédemment. — *Guérison* (Observation III).

HALE WHITE ET GOLDING BIRD (2). Miss E. P..., 30 ans; depuis 10 ans, constipation opiniâtre, avec rejet de mucus dans les selles. Douleurs abdominales très vives. Rejet de sang par l'anus. Etat général très mauvais. Tous les traitements médicaux échouent ; on opère le 10 mai. Trois jours après on fait des irrigations à l'eau chaude dans le colon. L'eau des lavages ne ramène ni sang ni membranes.

Le 28 juin tous les symptômes morbides du début ont disparu. La malade se lève le 16e jour. — (Observation IV).

HALE WIHTE ET GOLDING BIRD (3). Edouard K..., 35 ans. Depuis 5 ans, malgré tous traitements médicaux, l'état du malade ne fait qu'empirer : diarrhée continue, selles incomptables, avec sang, etc.

31 décembre 1898, opération. Deux jours après, grandes irrigations à l'eau boriquée. — *Guérison*. (Observation V.)

SCHIASSI (4). Viola... 24 ans, présente en octobre 1899 tous les symptômes de la colite muco-membraneuse. On avait tenté, sans succès d'ailleurs, tous les toniques, les bromures, l'hydrothérapie, l'entéroclyse, etc....

(1) *Loc. Citat.*

(2) Hale White et Golding Bird. — Transact. of. Clinic. Société of London, t. XXIX, 1896. p. 45. — et t. XXXII, 1899 p. 183.

(3) *Loc. citat.*

(4) Schiassi. — Entero-colite muco-membranosa e tiflostomia temporanea — Bologne 1900 (brochure).

Le 25 novembre 1899, opération.

8 jours après, le 3 décembre, grands lavages.

Dès les premiers jours, il semblait que la malade ressuscitât ; plus de météorisme, plus de vomissements, plus de douleurs. La malade garde le lit quelques jours seulement. La fistule est maintenue ouverte jusqu'à disparition complète des muco-membranes, ce qui a lieu 9 semaines après. — *Guérison* (Observation VI).

SWINDFORD EDWARDS, d'après B. DAWSON (1).

Un porteur de poissons, âgé de 26 ans, qui a eu deux attaques de dysenterie aiguë (6 à 8 selles par jour, sanguinolentes et glaireuses) se présente.

Appendicostomie le 23 juillet 1907. Lavages à l'eau boriquée faible (6 pintes). Le malade reste à l'hôpital un mois.

Examiné au sigmoïdoscope, le 29 octobre suivant, muqueuse légèrement enflammée. — *Guérison*, (Observation VII).

RAWLINGS, d'après DAWSON (2). Un homme de 42 ans, avec symptômes semblables aux précédents, avec 12 à 20 selles par jour.

Appendicostomie et lavages. — *Bon résultat*, (Observation VIII).

WEIR (3). Un homme de 30 ans souffre de dysenterie, (4 à 5 selles par jour avec muco-pus). Traitement médical échoue.

WEIR fait la cœcostomie, suivie d'irrigations de solution saline normale chaude. Ensuite, lavages au bleu de Méthylène à 5 0/0, alternant avec solution de nitrate d'argent à 1 pour 5.000. *Guérison rapide.* (Observation IX).

WEIR (4). Un homme de 31 ans souffre depuis trois ans d'une diarrhée persistante accompagnée de sang. Appendicostomie. Lavages. Après deux mois de traitement, grande amélioration. (Observation X).

HUTCHINSON (5) Un homme de 36 ans. Constipation opiniâtre. Mucus et sang dans les selles.

(1) *Loc. citat.*
(2) *Loc. citat.*
(3) *Loc. citat.*
(4) *Loc. citat.*
(5) *Loc. citat.*

Appendicostomie le 11 novembre 1904. Quatre jours après, lavages avec solution boriquée faible alternant avec une solution de nitrate d'argent variant de 1/4 à 2 grains par once.

On continue le traitement tous les jours jusqu'au 24 décembre. Augmentation de poids. *Guérison.* (Observation XI).

FOXWEL d'après DAWSON (1), Un homme de 42 ans souffre depuis 3 mois de douleurs abdominales, avec selles muco-sanguinolentes.

Appendicostomie le 16 mars 1908.

Lavages 10 jours après.

Un mois après, *Guérison.* (Observation XII).

STRETTON (2) Une femme, souffrant depuis de longues années de colite ulcérée chronique, est traitée par l'Appendicostomie. *Grand soulagement.* (Observation XIII).

BENETT (3), Femme d'âge moyen avec symptômes de colite ulcérative, diarrhée sanguinolente.

Appendicostomie.

Lavages, 4 jours après.

Résultats des plus satisfaisants. (Observation XIV).

Après des résultats si probants, comment douter encore de l'efficacité de l'Appendicostomie dans la cure des colites rebelles ?

---

(1) *Loc. citat.*

(2) STRETTON. — The Lancet, vol. 1, 1906, p. 1,833.

(3) *Loc. citat.*

Abordons, à présent, l'étude des traitements divers employés dans les différents cas de colites.

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT

1°. *Traitement de la colite simple aiguë.* — Puisque la colite simple aiguë consiste en une sécrétion abondante de mucus et en une inflammation de l'épithélium du colon, inflammation qui dépend de certains agents pathogènes et surtout de leur virulence, il est d'une évidence aveuglante que l'on tirera les plus grands bénéfices de l'appendicostomie qui, tout en favorisant l'évacuation de ce mucus et la suppression de la cause inflammatoire, doit permettre en même temps l'introduction, par le même orifice pratiqué, d'un liquide émollient et antiseptique qui contribuera, de son côté, dans une large mesure à enrayer le mal.

Rien ne s'oppose, d'ailleurs, à ce qu'on recoure en même temps — et c'est tout à fait notre avis personnel — à l'antisepsie intestinale buccale (dont nous allons dire quelques mots) en même temps que notre malade sera soumis à un régime spécial, ne risquant pas d'entretenir la fermentation intestinale, non plus que l'irritation de l'épithélium de l'intestin.

Touchant le choix des antiseptiques intestinaux, nous espérons ne scandaliser personne en disant que les avis sont très partagés ; d'aucuns conseillent le Naphtol B, le Benzo-Naphtol, la Cylline, la Turpentine, alors que d'autres, parmi lesquels nous citerons BERNARD DAWSON, préfèrent au contraire le Calomel à petites doses. Enfin, METCHNIKOFF dont les travaux sur la faune et la flore du gros intestin sont si consciencieux et si documentés, affirme que, par l'ingestion de lait caillé par une culture fraîche du bacile lactique, on introduit dans le tube digestif un organisme antagoniste de ceux qui normalement vivent et se développent dans le gros intestin.

DAWSON, qui a expérimenté trois fois cette méthode,

en a obtenu les meilleurs résultats. Dans deux de ces cas, deux femmes âgées de 36 ans, toutes deux souffrant de colite avec douleurs abdominales et évacuation de mucus 4 ou 5 fois par jour, obtinrent une guérison radicale et rapide, ensuite de l'opération de l'appendicostomie suivie du traitement de Metchnikoff.

Le 3e cas était désespéré. Le malade fut soumis au régime du lait caillé par une culture fraîche de bacille lactique, et au régime de VON NORDEN, consistant en pain bis, végétaux à volonté, crème et autres aliments déterminant, de par leur volume, le péristaltisme instestinal sans irritation de l'intestin, puisqu'ils sont mous et bien lubrifiés. Dans ce cas, où l'on n'eut pas recours à l'appendicostomie, l'amélioration ne fut que passagère ; la température tomba, il est vrai, le pouls devint moins rapide, mais le malade n'en succomba pas moins au 8e jour.

2° *Traitement de la colite ulcérée aiguë.* — Dans ce cas, le traitement purement médical ne saurait être suffisant. L'idéal serait de maintenir le colon vide et au repos ; c'est là malheureusement une impossibilité matérielle. La suppression de tout aliment par la bouche amenant rapidement le malade à la cachexie en diminuant graduellement sa force de résistance.

De plus, l'alimentation rectale par lavements nutritifs présente l'immense inconvénient, en l'espèce, d'irriter et d'enflammer l'épithélium intestinal et, par conséquent, de favoriser l'ulcération.

D'autre part, comme il est impossible d'arrêter l'évacuation permanente du mucus et la sécrétion, le flux par conséquent des sucs gastrique, hépathique et pancréatique, le colon ne peut pas être mis au repos. Toutes raisons pour lesquelles la chirurgie doit obligatoirement intervenir, et nous avons vu avec quel succès elle le fait.

Oui, et nous ne saurions trop y insister, l'appendicostomie seule peut réaliser cet idéal : de permettre tout à la fois d'évacuer complètement, sans douleur aucune et sans la moindre difficulté, le gros intestin deux ou trois fois par jour, et, cette évacuation terminée, de faire pénétrer sous faible pression une solution émolliente et antiseptique favorisant la cicatrisation.

L'appendicostomie permet enfin l'évacuation des sécrétions toxiques de la muqueuse malade, réduisant au minimum les risques d'intoxication.

3° *Traitement de la colite ulcérée chronique.* — C'est dans cette forme surtout que l'appendicostomie trouve son indication et parait avoir donné les plus heureux résultats.

Que la colite ulcérée chronique, en effet, soit le résultat d'une colite ulcérée aiguë négligée, ou celui de l'ingestion d'un liquide corrosif avec constipation opiniâtre, les symptômes peuvent revêtir un caractère de plus ou moins grande gravité ; ils consistent en une sécrétion abondante de mucus dans le gros instestin, avec excréments mêlés de sang, perte progressive et lente du poids, douleur et sensibilité abdominale, avec défense musculaire surtout marquée au-dessus de l'anse sigmoïde. A l'examen sygmoïdoscopique on peut trouver soit une ulcération superficielle avec destruction du tissus sous-muqueux, soit de larges ulcérations irrégulières, serpigineuses, avec destruction de la couche sous-muqueuse. Les besoins incessants et impérieux d'évacuer l'intestin, les douleurs abdominales, la perte de sang par le rectum, l'absence ou les mauvaises conditions d'un traitement, conduisent rapidement le malade à la neurasthénie, à la débilité, à la mort.

Si, au contraire, l'appendicostomie est rapidement faite, le gros intestin étant, d'une part, évacué plusieurs fois par jour, débarrassé de ses mucosités et de ses toxines, d'autre part, maintenu au repos et aussi aseptique que possible par une solution soporifique et antiseptique, l'ulcération sera placée dans les meilleures conditions pour parvenir à une prompte et parfaite cicatrisation.

4° *Traitement de la colite simple chronique.* — Nous ferons, comme nous l'avons dit, rentrer dans cette catégorie les colites qui, à l'examen sigmoïdoscopique, montreront une muqueuse épaissie, œdématiée, secrétant un mucus abondant.

Disons ici qu'on ne doit pas considérer comme caractère symptomatique de la colite simple chronique la présence dans les selles d'un mucus abondant, et de membranes, car on peut les retrouver dans toutes les formes de colite. Aussi est-ce au sigmoïdoscope que l'on devra avoir recours pour poser un diagnostic ferme.

Aucune raison satisfaisante ne nous paraît avoir été donnée jusqu'ici pour expliquer la formation de membranes. Dans certains cas, si nous nous en rapportons à DAWSON, elle ne serait que l'expression d'une colite à

forme atrophique, tandis que l'apparition d'un mucus abondant indiquerait, au contraire, une forme de colite hypertrophique.

Bornons-nous à citer, sans la discuter, cette opinion de Dawson, le seul fait important, capital, à retenir pour nous résidant dans cette constatation : que, dans l'un et l'autre cas, l'appendicostomie a témoigné de son efficacité et donné les résultats les plus convaincants.

S'il nous était besoin de nouvelles preuves, nous les trouverions dans les deux cas suivants que nous avons recueillis chez DAWSON (1) :

a) Chez une femme âgée de 38 ans, mariée, 2 enfants, l'examen abdominal a révélé une dilatation de l'anse sygmoïde et a permis d'atteindre les 2 reins. Le sigmoïdoscope rencontrait une muqueuse enflammée avec une abondante secrétion de mucus. Evacuations nombreuses, (9 à 10 par jour), pas de sang par le rectum. Perte de poids.

L'appendicostomie fut décidée, parce que la malade avait été soumise à un régime médicamenteux suivi d'injections rectales, demeuré sans effet. L'opération fut pratiquée le 18 juin 1907 par M. SWINDFORD'S EDWARDS.

Le traitement et les irrigations employés furent semblables à ceux du cas I.

La malade sortit de l'hôpital le 13 juillet ; elle faisait elle-même ses lavages, jusqu'au 29 octobre, époque à laquelle on pratiqua l'examen sigmoïdoscopique.

L'intestin était sain, sans inflammation ni mucosités. Elle déclara se très-bien porter, avoir augmenté de poids et n'avoir ressenti aucun malaise, ni de ses lavages journaliers, ni de sa fistule.

b) Un homme âgé de 35 ans fut admis pour papillôme périanal opéré. Au cours des deux années précédentes, il avait été traité par des injections rectales pour diarrhée muqueuse, 4 ou 5 évacuations par jour, accompagnées de prurit anal et d'une augmentation sensible du volume du papillôme. Il y avait même eu parfois rejet de sang et de mucus. L'examen sigmoïdoscopique révéla une inflammation chronique de la muqueuse et la présence de granulations.

(1) *Loc. citat.*

L'appendicostomie fut pratiquée par M. L. MUMMERY, le 10 septembre 1907. Le traitement fut semblable à celui du cas précédent. Après un mois, le malade ne ressentait plus la douleur abdominale d'avant l'opération, et, après son lavage quotidien, n'éprouvait aucune gêne pendant la journée.

Donc, dans tous les cas où le diagnostic révélera la certitude d'un cas de colite chronique simple, l'hésitation n'est pas permise : *il faut* immédiatement recourir à l'appendicostomie.

* * *

Mais, comment poser un diagnostic *certain* ? Comment affirmer que l'on a bien affaire à une colite simple chronique ? La marche de la maladie, les antécédents du malade, la distension et la douleur abdominales, les selles nombreuses et mêlées de mucus et de sang, tous ces symptômes n'autorisent pas à affirmer un diagnostic ; il n'y a là que des présomptions, des probabilités, mais pas de certitude. L'examen sigmoïdoscopique seul peut lever les doutes. On sait en effet que certains carcinômes rectaux ne révèlent leur présence que par des évacuations de mucosités striées de sang, accompagnées d'une pesanteur dans le bas-ventre ; or ce sont là des signes communs aux diverses formes de colite. Mais, dira-t-on, et le toucher ne peut-il pas révéler la présence de la tumeur ? Si elle siège bas, on le pourra, mais si nous nous trouvons en présence d'un néoplasme situé à l'union de l'anse sigmoïde et du rectum, c'est-à-dire au niveau de la 3e vertèbre sacrée, il ne sera accessible ni au toucher rectal ni à la palpation abdominale. Or, c'est là un des lieux d'élection des carcinômes, car, comme l'a démontré CANTLIE, au point d'union du colon pelvien avec le rectum, il existe un rétrécissement de l'intestin qui favorise les traumatismes par le bol fécal, ce qui explique la présence des néoplasmes à ce niveau.

Ces cas, d'ailleurs assez fréquents pour nous obliger à les mentionner, seul l'examen sigmoïdoscopique peut les mettre en évidence Aussi le conseillerons-nous dans tous les cas, même ceux qui paraissent les plus simples. C'est ainsi que DAWSON rapporte 3 cas qu'il vit à l'hôpital St-Marc, présentant des symptômes subjectifs de colite ulcérative, à savoir : émission de sang et de mucus, gêne abdominale accompagnée de difficulté faible ou nulle

à la défécation, et dans lesquels l'examen sigmoïdoscopique révéla la présence d'une tumeur maligne au niveau du *pylore sigmoïdo-rectal* de CANTLIE, alors que l'examen manuel n'avait rien révélé. Ces trois cas étaient depuis quelque temps soumis au traitement médical de la colite.

Les symptômes de la colite peuvent d'ailleurs être confondus avec quantité d'autres ; pour permettre de s'en faire une idée, nous allons donner le résumé d'un travail récent de M. L. MUMMERY (1) :

Sur 36 cas qui présentaient tous des symptômes de colite, avec présence de mucus dans les selles dans tous les cas, de sang dans 22, de membranes dans 8, de sable intestinal dans 2 et d'entérospasme dans 1, l'examen sigmoïdoscopique des 36 cas révéla les états suivants :

11 cas présentaient de l'inflammation de la muqueuse sans ulcérations.

7 cas présentaient des ulcérations.

7 cas, des affections malignes.

3 cas présentaient de l'inflammation avec étranglement dû à des adhérences péritonéales.

1 cas présentait de l'inflammation dûe à la compression par un utérus rétroversé.

1 cas présentait de l'inflammation avec présence d'un polype haut situé.

6 cas ne présentaient rien permettant d'expliquer ces symptômes.

BECK (2), dans 500 cas de colites chroniques, trouva des lésions inflammatoires du colon dans 394 cas, soit 78,8 0/0.

Le diagnostic de colite chronique simple demande donc, on le voit, un examen très consciencieux, parfois même assez difficile.

Un coup-d'œil comparatif sur les résultats obtenus du traitement médical et du traitement chirurgical, nous paraît ici opportun.

Tout en reconnaissant loyalement les services qu'on peut attendre dans certains cas d'un traitement intelligemment emprunté aux ressources combinées de la médecine et de la chirurgie, nous ne doutons pas que la supériorité

(1) M. L. MUMMERY. — The Lancet, vol. II, 1907.

(2) BECK. — Arch. für Klin. Chir. vol. LXXIV, n° 1.

de l'appendicostomie ressorte évidente de cet instructif parallèle.

A) Traitement médical. — Le Dr W. MURELL (1), dans *The Lancet* du 12 mars 1904, rapporte cinq cas de colite ulcérée aiguë, observés à l'hôpital de Westminster :

3 hommes âgés de 25 à 26 ans,

et 2 femmes âgées de 33 à 35 ans.

4 décès : durée de la maladie 6 mois.

1 guérison : durée de la maladie 10 mois.

Ces malades, tous traités par les procédés médicaux, présentaient des symptômes identiques, à savoir :

Température de 100 à 102° Farenheit,

Dix à vingt selles par jour,

Abdomen douloureux et sensible, avec défense musculaire, et adynamie progressive.

Les remèdes suivants furent employés au cours du traitement :

1° Par la bouche :

Opium et morphine, sous toutes leurs formes,
Carbonate de bismuth,
Acétate de plomb,
Perchlorure de fer,
Naphtol B,
Salol,
Perchlorure de mercure,
Ipécacuanha et Formaldéhyde.

2° Par le rectum :

Lavements au nitrate d'argent.

Dans un cas seulement, on tenta l'appendicostomie que l'on reconnut impossible, tant les adhérences étaient nombreuses ; c'est alors qu'on recourut à une entérostomie, après onze mois de maladie, alors, malheureusement que le malade affaibli, épuisé, était dans un état de moindre résistance.

B) Traitement chirurgical. — HOLTON C CURL (2) dans les "*Annals of Surgery*" avril 1906, rapporte onze cas de colite dysentérique dans lesquels on fit aussitôt, soit une appendicostomie, soit une cœcostomie, avec *8 guérisons*, et *3 décès* seulement.

(1) W. Murell. — The Lancet, 12 mars 1904.

(2) Holton C. Curl. — Annals of Surgery, avril 1906.

A remarquer que *dans deux des cas où le malade succomba, la nécropsie révéla une large ulcération avec néphrite concomitante. Quant au troisième décès, le malade était déjà irrémédiablement perdu, quand fut tentée l'opération.*

Dans le *British Medical Journal*, janvier 1909, nous trouvons « un aveu » de DAWSON (1) qui nous semble très suggestif et que, comme tel, nous ne jugeons pas inutile de reproduire ici.

Voici en quels termes il s'exprime :

« Je tiens à mentionner un cas fatal de colite que j'ai soigné l'an dernier, à l'hôpital Ste-Marie, parce que je pense que, si l'appendicostomie avait été pratiquée d'emblée, le résultat aurait été tout différent.

« Une femme agée de 60 ans, entre avec des symptômes de colite ulcérée aiguë. La température était intermittente, avec des oscillations de 3 ou 4 degrés. Le pouls se maintenait constamment au-dessus de 100. La malade rendait du sang et du mucus mêlés aux matières fécales, 10 à 20 fois par jour. On donna par la bouche différents antiseptiques et par le rectum des lavements variés. Ce traitement n'amena qu'une amélioration presque nulle, et, après deux mois 1/2 de souffrances, la malade présenta subitement les symptômes d'une péritonite généralisée, et succomba après 48 heures.

« A la nécropsie, le péritoine fut trouvé baignant dans le pus, et une perforation siégeait juste au-dessous du coude hépathique du colon. Il existait une ulcération étendue large du colon, au point où s'était produite la perforation. »

* * *

Ces statistiques ne laisseront, nous voulons l'espérer, subsister aucun doute sur la valeur comparée des deux procédés, et nous estimons que ce dernier aveu de Dawson suffirait surabondamment à lui seul, à vaincre les dernières résistances des adversaires de l'appendicostomie.

---

(1) *Loc. citat.*

CHAPITRE V

AUTRES INDICATIONS DE L'APPENDICOSTOMIE

Pour terminer notre travail, nous ne ferons que mentionner, sans entrer dans les détails, les multiples indications de l'Appendicostomie.

1° Dans la péritonite septique diffuse. — MURPHY (1) de Chicago, dans les Annales de février 1906, publiait un compte-rendu d'une méthode aujourd'hui bien connue, sur le traitement de la péritonite septique diffuse. Cette méthode consiste en la suppression rapide de la cause de la péritonite : l'extraction, par exemple, d'un appendice gangrené ; le drainage libre du péritoine au moyen de tubes de caoutchouc passant par la plaie opératoire et traversant le cul-de-sac de Douglas. Le malade étant placé en position demi-assise, les mouvements péristaltiques étant supprimés si on a évité de lui faire prendre tout aliment par la bouche, on introduit par le rectum de grandes quantités de liquide destiné à être absorbé. De cette façon, — du moins MURPHY le prétend, — le courant dans les vaisseaux lymphatiques du péritoine se trouve renversé, cette séreuse devenant une surface sécrétante, de résorbante qu'elle était ; d'où il résulte que les produits septiques sont entrainés au dehors par le courant qui s'établit par les tubes de drainage. De plus, les toxines contenues dans le plasma sanguin sont diluées et leur élimination est facilitée par la diurèse que l'on a déterminée. D'après MURPHY toujours, les 29 derniers cas qu'il a traités de cette façon ont guéri, sauf un seul.

Ce traitement a certainement une valeur que nous ne saurions contester, mais nous pouvons nous demander, avec WILLIAM BILLINGTON (2), de Birmingham, si

(1) Murphy. — Annals of Surgery. February 1906.

(2) Billington (William). — British Médical Journal, 9 janvier 1909, p. 77.

l'on ne pourrait pas avec avantage utiliser l'appendice pour introduire le liquide dans le gros intestin.

BILLINGTON l'a fait plusieurs fois et toujours avec plein succès. Voici d'ailleurs ce qu'il dit du procédé dans le *British Medical Journal*, du 9 janvier 1909 :

« Il m'a semblé que l'on pouvait avec profit utiliser l'appendice pour l'introduction du liquide dans le gros intestin, et plusieurs fois je l'ai fait avec succès ». Quand l'appendice est sain — par exemple dans le cas d'une péritonite consécutive à la perforation d'un ulcère gastrique (Observation XIV (BILLINGTON) — Observation XV (LAPEYRE), ce procédé a une incontestable supériorité sur celui de MURPHY.

Sans être plus long, comme mode opératoire, — puisque BILLINGTON rapporte avoir, en 12 minutes, enlevé un appendice gangrené, suturé le moignon à la peau et établi le drainage, — il permet de régulariser facilement l'absorption du liquide, et a de plus l'avantage, capital en certains cas, de permettre d'administrer aisément des stimulants comme aussi de donner au patient des aliments capables de le remonter.

2° *Dans les cas de distension abdominale.* — L'appendicostomie, dans les cas de distension abdominale, dépend tellement des exigences du moment qu'il n'est guère possible d'en fixer les règles et les indications. On peut dire toutefois qu'il y aura indication de l'appendicostomie dans tous les cas où il y aura arrêt prolongé des matières et des gaz, produisant une distension abdominale difficilement supportable par le patient. Donc, qu'il y ait occlusion par volvulus, par invagination ou par compression à la suite d'un cancer de l'intestin ou d'un organe voisin comprimant celui-ci, dès lors que la distension abdominale devient une trop grande gêne pour le malade et que nous redoutons l'autointoxication, l'appendicostomie s'impose.

3° *Dans un but nutritif.* — Les mauvais résultats obtenus de l'alimentation rectale prolongée chez un malade, peuvent également faire songer à l'emploi de l'appendice pour l'introduction de liquides nutritifs dans le colon où l'absorption est considérable, l'opération en elle-même n'offrant aucun danger. Si nous nous en rapportons aux concluantes expériences de GOODARD, la quantité de nourriture absorbée sera beaucoup plus grande dans le colon que dans le rectum. GOODARD a trouvé

que 10 0 0 de matières grasses étaient absorbés par le gros intestin.

Les cas où cette opération paraît surtout recommandable sont ceux d'ulcération ou de néoplasme de l'estomac, dans lesquels la gastro-entérostomie n'est pas possible, à la suite, par exemple, d'adhérences périgastriques complexes, ou dans les cas d'opération antérieure.

Dans ces cas-là, en effet, l'appendicostomie, tout en permettant de nourrir relativement facilement et convenablement le malade, supprime toute douleur et tout frottement au niveau de l'ulcération et laisse l'estomac au repos.

4° *Dans la fièvre typhoïde et l'anémie pernicieuse.* — EWART (1) prétend que cette opération peut permettre d'atteindre la partie inférieure de l'Iléon, et n'hésite pas à la proposer comme traitement dans la fièvre typhoïde. Il a pu, sur un cadavre d'abord, puis, sur un sujet vivant, passer une sonde de 6 à 8 pouces par la valvule iléo-cœcale et pratiquer ainsi le lavage de l'intestin. Il déclare s'être servi, pour y parvenir d'une sonde Jacques montée sur un stylet de cuivre convenablement courbé. Par ce procédé, l'on peut, grâce à de grands lavages antiseptiques, hâter considérablement la cicatrisation des ulcérations et diminuer d'autant les tendances à la perforation.

BURCH (2) de Nashville, communique le cas d'un nègre de 45 ans atteint d'anémie pernicieuse, chez lequel il pratiqua l'appendicostomie, en vue d'irriguer la totalité du gros intestin.

L'auteur estime qu'aussi souvent que l'examen des déjections aura démontré la présence de *Bacillus capsulatus acrogenes*, le malade devra être soumis aux grands lavages de l'intestin, en même temps qu'à la médication arsénicale. Si ce traitement se montre inefficace, il est indiqué d'aboucher l'appendice à la peau, afin de pouvoir laver le colon sur toute sa surface.

MAC-LÉAN (3) de Richemond, a eu l'occasion, il y a

(1) EWART. — Opérations of Surgery. (Jacobson and Rowlands).

(2) BURCH. — Association de chir. et de gynéc. du Sud. — Réunion annuelle tenue du 15 au 17 décembre 1908, à St-Louis (U. S. A.),-(d'après Médical Record).

(3) MAC LÉAN. — Ibidem.

20 mois, de pratiquer l'appendicostomie chez un homme atteint d'anémie pernicieuse. Le résultat en fut merveilleux : six semaines après l'opération, le nombre des globules rouges dépassait quatre millions.

5° *Dans la constipation chronique.* — La question d'une intervention chirurgicale dans les cas de constipation prolongée est une question qui augmente d'intérêt, surtout depuis le travail de M. ARBUTHENOT LANE. Tout dépend de la gravité des troubles fonctionnels et du degré d'intoxication due à la coprostase.

Il est évident, par exemple, que la constipation chronique ordinaire, même nécessitant l'usage régulier de laxatifs, purgatifs ou suppositoires, est et reste justiciable du traitement médical.

Mais il est des cas de constipation prolongée (15 jours à 3 semaines) où les médicaments habituels ne font que produire une plus grande distension et augmenter la gêne abdominale ; la muqueuse ne tarde pas à présenter des signes non équivoques d'irritation. On doit résolument, en pareil cas, recourir au traitement chirurgical, et c'est encore et toujours l'appendicostomie qui sera l'opération à préférer, en raison de sa simplicité d'abord, puis parce qu'elle permettra le lavage du colon, que l'on fera précéder au besoin d'une légère injection d'huile d'olive, destinée à lubrifier les matières fécales qui seront de ce fait plus facilement expulsées.

OBSERVATIONS

a) Colite simple chronique.

OBSERVATION I. — Morley Willis (1).

Une femme âgée de 32 ans souffrait de colite depuis au moins 2 années : amaigrissement, douleurs abdominales, défécations pénibles avec rejet de scyballes. Indépendamment des selles fécales, elle rendait quotidiennement du sang, du mucus, mais pas de membranes. Elle présentait, en outre, les symptômes nerveux habituels en pareil cas. Au cours de l'opération de l'appendicostomie, l'appendice fut amené au dehors et fixé aux fibres du muscle oblique externe, la portion faisant saillie fut réséquée trois jours plus tard. Une semaine après l'opération on commença les lavages du colon : à l'aide d'une petite sonde on faisait pénétrer 2 à 3 pintes d'eau savonneuse ; on ne constata jamais d'écoulement par le tronçon de l'appendice si ce n'est une légère humidité due à une sécrétion glandulaire.

Pendant les 3 semaines durant lesquelles ce traitement fut appliqué quotidiennement, la malade présenta une très grande amélioration de tous les symptômes. Le liquide était retenu pendant vingt minutes et plus, avant que ne survînt une évacuation naturelle.

La malade a maintenant repris un appétit normal et commence à mener une vie active.

OBSERVATION II. — Bernard Dawson (2).

Il s'agit d'une femme âgée de 38 ans, mariée, mère de 2 enfants. L'examen abdominal révèle un peu de sensibi-

(1) *Loc. citat.*
(2) *Loc. citat.*

lité au niveau de l'anse sigmoïde et la palpation permet d'atteindre les 2 reins. Le sigmoïdoscope montre une muqueuse enflammée, avec sécrétion abondante de mucus, évacuations muqueuses 9 à 10 fois par jour. Perte de poids.

Comme la malade avait suivi depuis quelques mois un traitement médical avec injections rectales, sans aucun résultat, on décida de pratiquer l'appendicostomie.

L'opération fut faite le 18 juin 1907, par M. SWINDFORD EDWARDS. Pour les lavages on employa soit la solution boriquée faible (6 pintes), soit une solution de bicarbonate de soude ou de Protargol (4 gr. pour une pinte). La malade fut congédiée le 13 juillet 1907 et elle continua ses lavages elle-même jusqu'au 29 octobre, époque à laquelle elle fut de nouveau examinée au sigmoïdoscope. L'intestin était complètement guéri; il n'y avait plus d'inflammation ni de sécrétion exagérée de mucus.

La malade se sentait tout-à-fait bien, avait augmenté de poids et n'éprouvait aucune gêne, pas plus de ses lavages quotidiens que de la présence de sa fistule.

OBSERVATION III. — Bernard Dawson (1).

Un homme âgé de 35 ans entra à l'hôpital pour un papillôme péri-anal qui avait été enlevé. Deux ans auparavant il avait été traité pour une diarrhée muqueuse par des irrigations rectales; il présentait alors 4 ou 5 selles par jour, accompagnées de prurit anal et de croissance du papillôme. Il rendait de temps en temps du sang mêlé de mucus. L'examen au sigmoïdoscope montra une inflammation chronique de la muqueuse avec des granulations.

L'appendicostomie fut pratiquée le 10 septembre 1907, par M. MUMMERY. Le traitement fut semblable à celui des cas précédents.

Au bout d'un mois, le malade ne souffrait plus des douleurs abdominales qui existaient avant l'opération, et, après son lavage quotidien, ne ressentait plus aucun trouble pendant le reste de la journée. Il n'y a pas de relation d'examen sigmoïdoscopique pratiqué après l'opération.

(1) *Loc. citat.*

OBSERVATION IV. — Hale White et Golding Bird (1).

Miss E. P..., âgée de 30 ans, nous est envoyée au printemps de 1895, par le Dr SMITH, de Dublin.

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents familiaux. C'est une névropathe, à ce qu'elle dit, et l'examen nous l'a confirmé.

La malade raconte que, en 1885, étant en Suisse, elle reçut un jour une forte averse et fut obligée de garder quelques heures ses vêtements mouillés. C'est depuis ce moment qu'elle aurait constamment souffert de constipation et que les selles auraient contenu une quantité plus ou moins considérable de mucus.

En 1889, ne se trouvant pas mieux, elle se rendit aux eaux de Kissingen; puis elle essaya une cure de raisin, à Meran, dans le Tyrol, sans d'ailleurs obtenir aucune amélioration.

La constipation devenant plus marquée, la quantité de mucus rendue s'accrut énormément et, pour la première fois, elle éprouva des douleurs au moment de la défécation.

En 1891, se trouvant à Zurich, aggravation de la constipation, recrudescence des douleurs et expulsion d'énormes quantités de mucus.

A partir de ce moment, commencent les vomissements; elle a dans l'abdomen des douleurs obtuses qu'accroissent la marche ou la trépidation d'une voiture.

Elle vient alors consulter à Londres, et le médecin appelé la met à la diète lactée, lui faisant prendre par le rectum des lavements alimentaires; suppositoires rectaux.

Pour la première fois, alors, elle fait du sang par l'anus, les injections rectales lui causent de violentes douleurs et pour cette cause sont souvent différées.

En 1892, la quantité de mucus rendue devient très abondante; les douleurs deviennent plus vives dans la région

(1) *Loc. citat.*

du sacrum, et il existe, au pourtour de l'anus, une sensation de brûlure très intense.

Les selles ne contiennent souvent pas de mucus. A part la cessation des vomissements, l'état de la malade a empiré.

Peu de temps après, elle consulte le Dr SMITH, de Dublin, qui lui ordonne de garder le lit pendant quelques mois. On peut juger de son état par une lettre adressée à l'un de nous par SMITH : « Quoique ce repos prolongé l'ait notablement améliorée, je pense avec vous que l'on doit douter de sa guérison par des moyens purement médicaux ».

Rechute à San-Remo (94-95), avec tous les troubles antérieurs plus accentués.

Elle rend de grandes quantités de mucus et souvent de véritables moules du gros intestin atteignant jusqu'à 40 et 50 centimètres de longueur; ces moules membraneux sont d'une consistance telle qu'on peut les suspendre sans qu'ils se désagrègent.

Elle rend souvent beaucoup de sang.

La douleur, au moment de la défécation, est intense. Plusieurs fois elle s'évanouit en allant à la selle et, après chaque défécation, elle est obligée d'user de suppositoires à base de morphine.

Ces douleurs si vives suivant les défécations, siègent au niveau de l'anus, dans le flanc gauche et dans la fosse iliaque gauche.

De plus, les douleurs qui sont continuelles, ont une phase d'exacerbation marquée pendant les 30 ou 60 minutes qui précèdent la défécation. D'ailleurs, elle ne peut aller à la selle qu'avec l'aide d'un purgatif violent.

Au moment où nous l'observons (1895), elle est dans un très mauvais état général, dû à ses douleurs et à la diète à laquelle elle se condamne.

Elle est très anémique, très amaigrie.

Le ventre présente un endolorissement diffus, avec douleurs marquées surtout au niveau du colon descendant et de l'anse sigmoïde.

Le toucher rectal n'est pas pratiqué à cause de la douleur, mais rien ne peut nous faire supposer la présence d'hémorroïdes ou de prolapsus.

La malade est une véritable invalide, gardant toujours

la chambre et restant au lit la plus grande partie du temps.

L'examen des selles nous montre des matières demi-solides avec beaucoup de sang. Il y a des débris de moules et de véritables moules tubulaires de l'intestin, ayant une longueur de 10 à 15 centimètres ; ces moules ont une épaisseur de plusieurs millimètres et sont teintés par les matières. A l'examen microscopique on les trouve formés de mucus anhyste dans lequel apparaissent des cellules épithéliales avec un peu de graisse, des leucocytes granuleux, des débris de cellules et quelques micro-organismes.

Le cœur et les poumons sont sains.

Urines normales.

Nous décidons de pratiquer une colostomie droite, comme étant le meilleur moyen de donner le repos absolu à l'intestin.

10 mai. — Premier temps de l'opération.

17 mai. — Ouverture de l'intestin.

L'intestin était vide. L'introduction du doigt, dirigé vers l'angle hépatique du colon, cause de vives douleurs sans rien montrer d'anormal : la muqueuse était donc très hyperesthésiée.

Trois jours après on fait des irrigations à l'eau chaude dans le colon, par la plaie cœcale.

Un peu plus tard, un lavement introduit par l'anus sort facilement par la plaie cœcale.

L'eau des lavages ne ramène ni sang ni membranes.

Le bon écoulement par le cœcum des lavages faits par l'anus, montre qu'il n'existe pas d'obstruction, que, par conséquent, les irrigations sont parfaites.

Dans les quelques jours suivants, il se forme un bon éperon, et l'administration d'un purgatif provoque de bonnes selles par l'anus artificiel. A partir de ce moment, on n'administre plus que rarement des purgatifs.

A plusieurs reprises pendant les quinze premiers jours, nous avons lavé le gros intestin par le rectum, et l'eau qui s'écoulait par le cœcum était claire, ne contenant ni membranes, ni mucus, ni sang.

La sensibilité de la muqueuse disparut graduellement et l'introduction du doigt ne provoquait plus de douleurs.

Le 28 juin, les symptômes morbides du début avaient

disparu. Pensant que le gros intestin était suffisamment reposé, nous fermons l'orifice cœcal.

Libération de l'intestin après suture.

Réunion par première intention.

La malade se lève le seizième jour.

Pendant les huit premiers jours, on lui donne de l'opium; puis, pour la faire aller à la selle, on lui fait prendre de la poudre de réglisse composée, et l'on obtient une selle naturelle, ne contenant ni sang, ni mucus, ni membranes.

A partir de ce jour, les selles sont régulières, grâce à l'administration, de temps à autre, de poudre de réglisse composée, et toutes les défécations sont spontanées, sans l'aide de lavements.

Il n'existait plus de douleurs abdominales.

OBSERVATION V. — Hale White et Golding Bird (1).

Edouard K..., 35 ans, a séjourné dans les régions tropicales et en Egypte. Bien portant dans son enfance, il a eu la fièvre typhoïde à 17 ans.

En juillet 1891, il a une forte crise de diarrhée qui dure 3 semaines et s'accompagne de douleurs et de melæna. Le nombre des selles est de 6 par jour. Ces attaques se repètent assez souvent jusqu'en janvier 1893, s'accompagnant, lorsqu'elles sont fortes, de vomissements et de douleurs épigastriques.

De janvier à mars 1893, il a une courte période de bonne santé, puis la diarrhée réapparaît et il rentre à Guy's Hospital. A ce moment il a 5 selles par jour; elles sont quelquefois sanguinolentes.

Le toucher rectal ne révélait rien ; mais une fois, à l'occasion d'un toucher, le malade fut pris d'une crise douloureuse intense, les douleurs se faisant sentir au niveau du cœcum et de l'anse sigmoïde.

Pendant 5 ans, en dépit de tous les traitements médicaux, l'état du malade ne fit qu'empirer.

(1) *Loc. citat.*

En décembre 1898, il présente un aspect absolument cachectique ; son teint est jaune.

La diarrhée est presque continue; les selles sont incomptables; il n'y a pas de pus, mais assez souvent du sang. La défécation est douloureuse et, de temps en temps, le malade éprouve de véritables crises douloureuses au niveau du cœcum et de l'anse sigmoïde.

Le toucher rectal montre que la muqueuse est douloureuse et la palpation révèle de la douleur tout le long du gros intestin, surtout au niveau des côlons transverse et descendant. Les selles sont semi-liquides, quelquefois sanguinolentes; elles ne contiennent ni pus ni membranes.

Le 31 décembre 1898, premier temps de la cœcostomie.

Ouverture du cœcum le 5 janvier 1899.

Deux jours après, on pratique des lavages à l'eau boriquée.

Comme les matières étaient très fluides, il en passait tous les jours dans le côlon ascendant, mais seulement en petite quantité.

Le 17 janvier, on agrandit un peu la plaie cœcale, dans le but d'empêcher les matières de pénétrer dans le côlon ascendant; le résultat demandé est parfaitement obtenu.

Le passage dans le côlon et la défécation par l'anus ne se faisaient plus que très rarement et diminuaient à mesure que les matières devenaient plus solides.

Graduellement l'état général s'améliore.

Les douleurs et les hémorragies disparaissent complètement ; l'alimentation est parfaite.

Le malade désire s'en aller.

Depuis la communication de cette observation, on a, à deux reprises, tenté de fermer la plaie sans y parvenir; on n'a réussi qu'à diminuer l'ouverture cœcale. Cet insuccès est dû à la fluidité des matières.

OBSERVATION VI. — Schiassi, de Budrio (1).

Viola..., 24 ans, de Budrio, présentait en octobre 1899, une affection de l'intestin survenant par accès ; ces accès étaient caractérisés par de la pesanteur et une tension diffuse dans tout l'abdomen, un météorisme prononcé, des vomissements alimentaires mélangés à du mucus, à des

(1) *Loc. citat.*

coliques assez violentes ; une diminution ou la disparition momentanée des douleurs survenait, lorsqu'elle pouvait, au prix de grands efforts, obtenir une évacuation quelconque. En même temps que les matières, elle rendait alors des produits caractéristiques muco membraneux qui ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie. On avait essayé, sans succès, tous les toniques, les bromures, l'hydrothérapie, l'entéroclyse.

Parmi les purgations, seule l'huile de ricin à doses très élevées réussissait à vider l'intestin. Il semblait par moment que l'on eût affaire à de l'occlusion intestinale.

Le 25 novembre 1899, après une incision paracœcale verticale, j'ai extériorisé l'appendice et une partie du cœcum.

J'ai réséqué entre deux ligatures le méso-appendice et, avec de la soie, j'ai fait un double plan de sutures, de façon à fixer à la paroi abdominale une portion circulaire de la partie du cœcum, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, au milieu de laquelle s'insérait l'appendice. Celui-ci, privé de son méso, mais communiquant toujours avec le cœcum, fut entouré de gaze aseptique.

Huit jours après, comme il était prévu, l'appendice avait son extrémité gangrenée. Je le réséquai au niveau de son implantation sur l'intestin et, sur celui-ci, avec le thermo-cautère, je pratiquai une incision assez grande pour permettre l'introduction d'un gros tube de Faucher.

Alors je commencai, d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, et enfin tous les trois ou quatre jours, à pratiquer des lavages abondants dans le segment d'intestin compris entre le cœcum et le rectum, de la façon suivante : je faisais d'abord un lavage rectal évacuateur, puis j'introduisais par l'anus cœcal une sonde molle de Faucher, dans le côlon ascendant ; une autre sonde molle de Nélaton (sonde œsophagienne) étant introduite par l'anus dans le rectum ; puis, par le premier tube, je versais une solution chaude à 40 à 45°, de teinture d'iode à 1 °/₀ dans de l'eau distillée. Le liquide, après avoir lavé tout le gros intestin, sortait par le tube rectal. La quantité employée chaque fois variait de 4 à 6 litres.

Le but poursuivi était :

1° De mettre au repos la portion d'intestin malade ;

2° D'en traiter directement la surface muqueuse.

Dès les premiers jours du traitement, il semblait que la malade ressuscitât : plus de météorisme, plus de vomis-

sements, plus de douleurs. Bientôt elle commença à s'alimenter avec abondance, à bien digérer et à jouir, en somme, d'un bien-être très satisfaisant. Les matières fécales sortaient en grande quantité par l'anus cœcal, mais, comme il n'y avait pas issue de gaz (?), elles ne causaient aucune gêne au malade ; elles étaient retenues par un bandage qu'il suffisait de changer deux fois par jour.

La malade garda le lit quelques jours seulement; la fistule resta ouverte jusqu'à la disparition complète des muco-membranes, ce qui eut lieu environ neuf semaines après, et c'est de l'absence totale des mucosités, tant dans les matières fécales que dans les liquides de lavage, que je conclus à la guérison de la muqueuse colique. Je fermai alors la fistule par un triple plan de sutures.

A partir de ce moment, le gros intestin s'est repris à fonctionner d'une façon physiologique.

Il se vide régulièrement tous les jours et, depuis huit mois, il n'émet aucune production muco-membraneuse et n'est le siège d'aucune douleur.

La malade a augmenté notablement de poids.

b) Colite ulcérée chronique

OBSERVATION VII. — Swindford Edwards d'après Dawson B. (1).

Un porteur de poissons âgé de 26 ans a eu 2 attaques de dysenterie aiguë alors qu'il était soldat en Afrique (1900), et dans l'Inde (1906). Il présente 6 à 8 selles par jour, sanguinolentes, glaireuses et douloureuses. Pas d'amaigrissement, l'état général est bon. L'examen au sigmoïdoscope montre un œdème considérable des tissus sous-muqueux, avec inflammation chronique de la muqueuse et ulcérations superficielles, surtout marquées dans les régions exposées aux frottements, notamment sur les bords des plis du rectum. L'Appendicostomie est pratiquée le 23 juillet 1907 par M. SWINDFORD EDWARDS. Quatre jours après on commence les lavages, en faisant passer dans le cœcum, à travers la sonde introduite dans l'appendice, 6 pintes de solution boriquée faible. Un tube de caoutchouc est introduit dans le rectum pour faciliter la sortie du liquide. L'écoulement est suffisamment lent pour ne pas produire de distension exagérée du côlon ; on fait en même temps des massages sur toutes la longueur du gros intestin. Au bout de 6 minutes, la solution commence à être évacuée par le rectum, entrainant avec elle des fragments de féces. Avant que la sortie du liquide ne commencât et tandis que l'abdomen du malade était manifestement distendu, on retira la sonde de l'appendice. Il n'y eut cependant aucun reflux de liquide, le sphincter de l'orifice cœcal de l'appendice étant suffisant pour empêcher tout retour en arrière de la solution introduite.

Au bout de 4 jours, cette solution est remplacée par une solution de bicarbonate de soude et, 2 jours après, par une solution de protargol (4 gr. pour une pinte).

Le malade reste à l'hôpital un mois et apprend bientôt

(2) *Loc. citat.*

à pratiquer son lavage lui-même. Au bout de quelques jours, le tube rectal est supprimé, le malade évacuant spontanément la solution, sitôt que le côlon est modérément distendu.

Le malade est renvoyé chez lui avec un pansement maintenu par une ceinture abdominale. Après un traitement de 2 mois consistant en lavages quotidiens avec 6 pintes de la solution de protargol, le malade est examiné au sigmoïdoscope le 29 octobre 1907.

La muqueuse est encore légèrement enflammée ; un peu d'anémie des tissus sous-muqueux, mais pas trace d'ulcérations. Le malade constate lui-même que son état a subi une grande amélioration et commence à travailler. Il consacre chaque matin une demi-heure à son irrigation et n'éprouve plus aucun trouble pendant le reste de la journée.

Pendant toute la durée du traitement, son régime fut le régime ordinaire, et la seule médication employée fut 0.12 centig. de calomel 3 fois par jour, pendant son séjour à l'hôpital.

OBSERVATION VIII. — Rawlings, d'après Dawson (1)

Il s'agit d'un homme âgé de 42 ans qui présente des symptômes identiques à ceux du cas précédent, mais avec une diarrhée plus marquée (19 à 20 selles par jour) ; l'amaigrissement et la faiblesse sont plus considérables.

L'appendicostomie est pratiquée et le côlon est irrigué chaque jour avec une solution astringente.

Au bout de 2 mois, le patient ne présentait plus aucun symptôme douloureux, continuant ses irrigations lui-même. Chaque lavage était suivi d'une ou deux évacuations. Il se déclara enchanté du résultat et se remit avec une très grande rapidité.

OBSERVATION IX. — R. F. Weir (2)

Un homme âgé de 30 ans souffrait d'une dysenterie continuelle, rejetant 4 à 5 fois par jour du muco-pus parfois

(1) *Loc. citat.*
(2) *Loc. citat.*

mêlé de sang. Le malade avait contracté cette maladie aux Indes, environ 2 ans auparavant, mais celle-ci n'était pas d'origine amibienne. Diverses médications longtemps suivies par la bouche et par le rectum n'avaient amené aucun résultat satisfaisant.

WEIR pratiqua alors la cœcostomie *(fistule cœcale de Kader-Gibson)*. Après avoir introduit un tube dans le rectum il fit pénétrer à l'aide d'un bock dans l'intestin, par le moyen d'une sonde, une grande quantité de solution saline normale chaude, jusqu'à ce que le liquide s'écoulant par le tube rectal, sortit clair. Parfois on obturait de temps à autre le tube pour amener une distension momentanée de l'intestin et faciliter ainsi l'évacuation complète des matières fécales.

On fit ensuite des lavages avec une solution de bleu de méthylène à 5 0/0, alternant avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 5000 ou avec du bismuth en suspension dans de l'eau amidonnée.

Ce traitement amena une guérison rapide.

OBSERVATION X. — Weir (1)

Un jeune homme âgé de 31 ans souffrait depuis environ 3 ans d'une diarrhée persistante accompagnée d'évacuations profuses de sang plus ou moins mêlé de matières fécales. Son facies était maladif, le nombre des globules rouges était tombé à 2.024.000 par millimètre cube et le taux de l'hémoglobine à 27,5 0/0. Les selles étaient nombreuses (20 à 25 par jour). A l'examen du rectum on trouva un large polype fibreux situé juste au-dessus de la prostate, auquel on fit remonter la cause des hémorragies. Il fut extirpé, mais les hémorragies n'en continuèrent pas moins.

Au proctoscope on ne trouvait cependant pas d'ulcérations, mais l'intestin se montrait sensible et épaissi dans toute la région sigmoïdale. Comme les traitements médicaux avaient constamment échoué, WEIR fit d'abord une incision exploratrice menée au-dessus de l'ombilic. Aussi

(1) *Loc. Citat.*

loin qu'il put être examiné, le colon se montra sensible et congestionné.

N'ayant pas trouvé de tumeur spéciale, WEIR décida de recourir à la cœcostomie. Au cours de l'opération, au moment ou le cœcum fut mis à nu, l'appendice se présenta si naturellement que WEIR eut l'idée de l'employer pour réaliser la fistule désirée. L'appendice fut donc attiré au dehors, fixé à la peau, tandis que le reste de la plaie était suturé. Incertain de la résistance du point de jonction de l'appendice avec le cœcum, dont il ne pouvait guère juger que d'après les conditions anormales qu'il avait rencontrées dans les cas d'appendicite, l'opérateur jugea prudent d'ouvrir le bout de l'appendice et d'introduire à l'intérieur de cet organe une sonde de caoutchouc anglaise n° 12 qu'il poussa jusque dans le cœcum. Par mesure de précaution et pour prévenir tout écoulement possible, le bout sectionné de l'appendice fut fermé sur la sonde par une ligature temporaire.

Le jour suivant, cette ligature fut enlevée, et 2 jours après on commença le traitement par les lavages. Après deux mois de traitement, le malade présentait une grande amélioration, les selles tombées de 26 à 5 ou 6 par jour ne renfermaient plus de sang, les hématies étaient au nombre de 3.600.000 par millimètre cube, et le taux de l'hémoglobine s'était élevé à 60,5 0/0. Cette amélioration progressa jusqu'à la guérison, en même temps que le malade augmentait de poids et reprenait ses forces. Parmi les substances employées pour les lavages quotidiens, c'est le nitrate d'argent (2 grains par once) alternant avec le bismuth qui procurèrent le plus grand soulagement.

Lorsque le malade n'eut plus qu'une selle par jour, on plongea la pointe d'un thermo-cautère à l'intérieur de la fistule, ce qui amena l'oblitération du trajet par cicatrisation.

OBSERVATION XI. — Hutchinson (1)

Un homme âgé de 36 ans était admis à l'hôpital de Londres avec le diagnostic d'affection maligne du colon.

Historique

Depuis longtemps il se plaignait d'une constipation qu'il

(1) ***Loc. citat.***

attribuait à son occupation sédentaire. Pendant les 12 derniers mois il avait perdu plusieurs livres et remarqué qu'il rendait du mucus en excès et plus tard du sang avec les selles. Désir soudain et impérieux d'aller à la selle. De temps en temps, il y avait du ténesme. Pendant les 6 derniers mois le sang était présent à chaque évacuation, il y avait tendance aux hémorroïdes et le rectum était ballonné. Dans la fosse iliaque gauche, épaississement ondulaire le long de l'anse sigmoïde. On constatait du sang et du mucus avec rejet de membranes qui, à l'examen microscopique, avaient une structure cellulaire et épithéliale.

Opération

Pour voir s'il n'y avait pas de tumeur maligne, une incision exploratrice médiane fut pratiquée. Une étroite boutonnière fut faite à travers le grand oblique, par laquelle l'appendice, (qui était normal et libre d'adhérences), fut amené à la surface. Il fut fixé par 5 points de suture de soie, puis ouvert et, par son extrémité distale, une sonde fut introduite dans sa lumière. L'autre plaie abdominale fut fermée plan par plan suivant la méthode usuelle.

Traitement par les irrigations astringentes

L'opération fut pratiquée le 11 novembre 1904, et 4 jours après, les lavages furent commencés à travers le tube. On employa d'abord une solution boracique chaude, puis une solution de nitrate d'argent dont le titre variait de « 1 4 à 2 grains par once ». Le médecin traitant, JOHN BURN, continua le traitement quotidiennement jusqu'au 24 décembre, époque à laquelle il jugea bon de cesser.

Le 28 décembre, 7 semaines par conséquent après la première opération, on élargit la petite boutonnière du grand oblique, on attira le cœcum et on réséqua complètement l'appendice, quelques sutures au catgut étant passées dans la petite ouverture musculaire Le patient fut gardé quelque temps à l'hôpital en observations : augmentation de poids, disparition des évacuations fréquentes avec ténesme et cessation du rejet de membranes et de sang. Il eut, une fois ou deux, un filet de sang dans les selles, qui maintenant sont bien moulées. Il déclare lui-même se très bien porter.

OBSERVATIONS XII. — Foxwell. D'après Dawson (1)

Un homme âgé de 42 ans, souffre depuis 3 mois de douleurs abdominales aiguës, avec diarrhée muco-sanguinolente ; on trouve dans les selles le bacile de Shiga.

L'Appendicostomie est pratiquée le 16 mars 1908 et les lavages intestinaux sont commencés 10 jours après.

Après une semaine de traitement, l'état est très amélioré ; les douleurs abdominales de même que la diarrhée ont presque complètement disparu.

Au bout d'un mois le malade était parfaitement guéri, n'ayant plus qu'une selle bien moulée par jour.

OBSERVATION XIII. - Stretton (2)

Une femme souffrant depuis longtemps de colite ulcérée chronique fut traitée par l'appendicostomie.

Au bout de quelques jours, l'opérée faisait elle-même ses lavages avec facilité.

Le traitement détermina rapidement un très grand soulagement.

OBSERVATION XIV. — Benett (3)

Il s'agit ici d'une femme d'âge moyen, présentant depuis longtemps des symptômes de colite ulcérative ; diarrhée sanguinolente ; elle se trouvait dans un état de faiblesse et d'émaciation extrême. L'appendicostomie fut pratiquée ; l'appendice fut fixé aux lèvres de la plaie par deux épingles de sûreté stérilisées. L'opération ne fut suivie d'aucun phénomène réactionnel.

Le quatrième jour on commença les lavages à l'aide d'une sonde introduite dans l'appendice et poussée jusque dans le cœcum ; ce traitement ne détermina chez la malade aucune sensation douloureuse ; il n'y eut jamais de régurgitation et le résultat obtenu fut des plus satisfaisants.

(1) *Loc. citat.*
(2) *Loc. citat.*
(3) *Loc. citat.*

c) Péritonite septique diffuse.

OBSERVATION XV. — Billington (1).

Mme A., âgée de 30 ans, entre à l'Hôpital de la Reine le 4 août 1908. Elle avait avorté trois semaines auparavant, et éprouvait, depuis huit jours, une forte douleur hypogastrique qui allait sans cesse en augmentant d'acuité. A la visite, elle présenta les symptômes typiques d'une péritonite avancée. La température était à 103°F. et le pouls à 140, petit et filant. Tout l'abdomen était rigide et sensible et la moitié inférieure, ballonnée.

On fit une laparotomie médiane; par la plaie s'écoula une grande quantité de pus brun jaunâtre, mais non granuleux. En examinant le pelvis, on trouva une ouverture conduisant à l'intérieur de la cavité d'un abcès au voisinage de la trompe gauche de Fallope. Evidemment cet abcès s'était ouvert dans la cavité péritonéale et avait provoqué une péritonite généralisée.

L'appendice, qui était sain, fut sectionné à peu près à un pouce et demi du cœcum et le moignon fixé à l'angle supérieur de la plaie opératoire. Une sonde en caoutchouc n° 6 fut alors introduite dans le cœcum par le moignon. On fit pénétrer dans le cul-de-sac de Douglas deux gros tubes de drainage que l'on fit sortir par l'angle inférieur de l'incision, puis le malade fut recouché. On ne tenta pas le drainage du péritoine.

La malade fut maintenue dans la position de Fouler et une pinte de solution saline chaude fut introduite dans le côlon toutes les heures. Dès le 2e lavage, le pouls était tombé à 90 et bien rempli, la température était normale, le facies bon, la malade se sentait sensiblement soulagée.

On continua les irrigations pendant 24 heures, durant lesquelles 24 pintes de liquide passèrent dans les intestins. Il n'en ressortit que 5 par le rectum. Un liquide abondant s'écoula par les tubes de drainage. Une quantité considérable d'urine fut évacuée. On retira la sonde de l'appendice ; le deuxième jour, la suture de soie qui l'unissait à la peau fut enlevée et le moignon put alors se rétracter. Il n'y eut pas d'évacuation de matières fécales à aucun moment. Le mieux ne fit que continuer et la malade fut sauvée après trois semaines, n'ayant plus qu'un seul tube de

(1) *Loc. citat.*

drainage par lequel s'écoulait une faible quantité de liquide.

OBSERVATION XVI. — Lapeyre (1)

Dans la péritonite et l'occlusion secondaire à un ulcère probable de l'estomac. — Caroline X..., Alsacienne, née à Huningue, âgée de 27 ans, en France depuis 8 mois ; de constitution robuste et sans antécédents morbides ; n'a jamais souffert du ventre ni de l'estomac avant la crise actuelle.

A subi un changement complet de régime à son arrivée en France : substitution, à un régime surtout végétarien et à la bière, du régime carné et du vin.

Est douée d'un très gros appétit. Le 17 décembre, en pleine santé, Caroline X... est prise d'une douleur atroce à l'épigastre, douleur en broche qui va croissant et empêche tout sommeil.

En même temps, une constipation opiniâtre et absolue se déclare.

La malade ne s'arrête pas cependant et n'appelle pas de médecin.

Le 27 décembre, elle s'alite et se purge à plusieurs reprises sans succès.

Le 29, la douleur épigastrique prend brusquement une violence telle que la malade s'évanouit.

Un médecin appelé constate l'état suivant :

Douleur atroce spontanée et à la pression, au niveau de la partie droite de l'épigastre ; face pâle.

Pouls faible, rapide. Température 36,2. Un peu de ballonnement du ventre. Apparition de vomissements verdâtres.

Il pense à une perforation de l'estomac et fait transporter la malade dans une maison de soins, le 30 décembre.

L'état s'est aggravé : il y a des vomissements fécaloïdes et une occlusion absolue. La température atteint à peine 36°, le facies est mauvais, le pouls est à 130, le ventre, médiocrement ballonné.

On sent très nettement, à droite de la ligne médiane,

(1) *Loc. citat.*

au niveau du coude droit du côlon, un empâtement douloureux.

Opération. — L'intervention est pratiquée le 31 décembre.

Incision au niveau de la zone empâtée et douloureuse.

Cette incision permet de reconnaître le côlon ascendant vascularisé, énormément dilaté, et recouvert d'épiplon enflammé. Des brides de formation récente immobilisent l'intestin, qui est libéré. En suivant en haut le côlon, on s'aperçoit que la dilatation diminue au niveau du côlon transverse.

Cependant il n'y a pas de passage brusque, pas de stricture nette expliquant l'occlusion. Il y a péritonite circonscrite à cette zone, l'intestin grêle ballonné, mais sans excès, ne présente pas de traces de péritonite.

Médiocrement satisfait des résultats thérapeutiques peu probants de cette laparotomie, je pense à utiliser l'appendice selon la technique indiquée par M. le Docteur SEGOND...

L'état de la malade paraissant très précaire, je décapite immédiatement l'extrémité de l'appendice et pousse une sonde n° 18 dans le cœcum.

Quelques gaz s'échappent, puis l'issue s'arrête, l'intestin paralysé a peu de tendances à se vider.

Suites opératoires. — Les suites sont d'abord médiocres. La malade a des vomissements franchement fécaloïdes. La température reste au-dessous de 36° malgré des injections de sérum répétées. La sonde ne fonctionne pas. Au bout de 24 heures, je fends en long l'appendice et pousse une sonde plus grosse dans l'intestin. Issue de gaz et de quelques matières. Mais les vomissements persistent, l'état s'aggrave. Le quatrième jour, je prolonge au thermocautère l'incision sur le cœcum lui-même, inquiété de voir l'anus mal fonctionner.

Mais le lendemain, une débâcle abondante de matières se fait par l'anus contre nature, les vomissements cessent, l'état se relève. Bientôt, les matières passent par le bout inférieur ; la guérison paraît assurée.

La plaie, absolument indemne de souillure, a guéri sans infection d'un seul fil.

L'anus s'est oblitéré spontanément, en dépit de l'incision sur le cœcum.

d) Drainage du cœcum et obstruction intestinale

OBSERVATION XVII. — Keetley (1)

En 1894, KEETLEY émit le premier l'idée que l'appendicite pouvait être employé comme « tuyau » dans le but de soulager l'obstruction intestinale, et c'est en 1906 qu'il tenta l'expérience.

Le *premier cas* est celui d'un carcinôme de la grande courbure de l'estomac propagé au colon transverse et en déterminant l'obstruction. L'appendicostomie fut pratiquée et, quelques jours après, la lumière de l'appendice fut dilatée graduellement jusqu'à ce qu'elle admît un tube rectal n° 4. Par son intermédiaire, le contenu intestinal fut drainé, le colon fut vidé au-dessous de l'obstruction par lavement.

Ultérieurement, le cancer gastrique produisit l'obstruction du pylore. On pratiqua alors la jéjunostomie, grâce à laquelle le malade put être nourri, vidant son intestin par l'appendice. Il vécut encore trois mois et demi. La mort, survenue après ce laps de temps, résulta de la cachexie maligne progressive, mais ne fut pas accompagnée par les douloureux symptômes de dilatation gastrique ou d'obstruction intestinale.

OBSERVATION XVIII. — Jacobson et Rowlands (2).

JACOBSON et ROWLANDS mentionnent un cas de volvulus du cœcum opéré par M. MOMMSELL, dans lequel, après réduction du volvulus, l'appendicostomie fut pratiquée ; le résultat fut de fixer le cœcum, de prévenir ainsi la récidive, de vider le gros intestin des matières fécales et d'introduire une solution saline chaude.

(1) ***Loc. citat.***

(2) ***Loc. citat.***

OBSERVATION XIX. — Keetley (1).

En 1905, M. KEETTLEY opéra un enfant âgé de 1 an et 10 mois, pour invagination intestinale du type iléo-cœcal ; après réduction, il pratiqua l'appendicostomie qui lui permit, dit-il :

1° d'évacuer l'intestin ;
2° de prévenir la récidive ;
3° de mettre le cœcum au repos ;
4° de permettre l'introduction d'une solution saline.

OBSERVATION XX. — Lapeyre (2)

Mme Alphonsine X.. , 72 ans, atteinte depuis 8 mois de constipation opiniâtre ; selles glaireuses striées de sang. Le 23 décembre 1904, l'occlusion devient complète, le ventre se ballonne peu à peu. Pas de réaction.

Je vois cette malade le 6 janvier. La tumeur siège en un point indéterminé du gros instestin. Purgations et lavements échouent.

Le 8 janvier, je me décide à pratiquer un anus contre nature dans la fosse iliaque droite. Opération à la cocaïne.

L'Appendice est attiré au dehors et le cœcum fixé au péritoine pariétal.

Au bout de 48 heures, l'appendice est incisé, et une sonde poussée dans le cœcum. L'anus fonctionne très bien.

Au 6e jour, l'appendice et une portion minime du cœcum sont incisés.

Toute infection de la plaie a pu être évitée. Le malade se lève au 15e jour.

Etat général satisfaisant. Pas de cachexie.

OBSERVATION XXI. — Lapeyre (3)

M. Alfred B..., âgé de 66 ans, entre à l'hôpital, salle

(1) *Loc. citat.*
(2) *Loc. citat.*
(3) *Loc. Citat.*

Galien, le 8 mars 1905. Cet homme a présenté à plusieurs reprises des crises occlusives. La dernière, il y a 6 mois, a été très grave. Une tumeur a été perçue sur le trajet du côlon ascendant.

A plusieurs reprises, hémorragies intestinales. L'appétit est conservé, mais l'amaigrissement est énorme. La crise actuelle a suivi un écart du régime conseillé et est la résultante d'une longue constipation. L'occlusion remonte à 15 jours, mais n'est complète que depuis 5 jours.

Depuis 8 jours, il existe des vomissements qui sont devenus fécaloïdes depuis 48 heures. Opération le jour même. Anesthésie à la cocaïne. Recherche de l'appendice. Fixation du cœcum. L'appendice est décapité au bout de 48 heures et une sonde poussée dans le cœcum.

Le 4e jour, incision de l'appendice sur toute sa longueur.

L'incision est prolongée 2 jours après sur le cœcum. Pas d'infection de la plaie. Etat général bon. Rétablissement partiel du cours des matières par l'anus.

Le palper permet de reconnaître l'existence d'une tumeur volumineuse englobant vraisemblablement plusieurs anses intestinales.

Toute tentative d'exérèse est jugée impossible. La mort survient 3 mois après, à la suite d'hémorragies répétées.

CONCLUSIONS

Pour toutes les raisons avant-dites, en présence des signalés services déjà rendus et en lesquels il nous plaît de voir un sûr garant de ceux plus importants encore qu'elle est appelée à rendre dans l'avenir, l'Appendicostomie nous apparaît comme l'opération idéale, dans tous les cas de colite rebelle.

Heureux serions-nous si nous pouvions espérer que ce modeste travail contribuera, si peu que peu, à répandre la notoriété et à multiplier les bienfaits d'une opération dont l'incontestable supériorité sur celles qui l'ont précédée (cœcostomie et colostomie) résulte des faits suivants :

1° L'appendicostomie est une opération relativement simple, rapide et sans danger.

2° Elle établit une communication facile entre l'extérieur et le gros intestin, permettant ainsi l'évacuation des gaz et des matières en cas d'obstruction siégeant au niveau du côlon.

3° Elle permet l'irrigation du gros intestin avec expulsion par l'anus des liquides injectés : (médicaments astringents et antiseptiques).

4° Elle évite surtout toutes chances d'infection de la plaie, puisque les matières susceptibles de la souiller s'écoulent au dehors en passant par la sonde appendiculaire.

5° Elle permet enfin, la sonde étant à demeure, de pratiquer des lavages, sans dérangement pour le malade, sans souffrance pour lui, et de lui administrer avec la plus grande facilité tous les médicaments que nécessite son état.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Beck. — Arch. für Klinical chir. Vol. LXXIV, n° 1.

Bennet W.-H. — A Clinical lecture on appendicostomy and its possibilities. The Lancet 1906, vol. I, p. 419.

Billington, William. — British Medical Journal. 9 janv. 1909, p. 77.

Burch. — Association de chir. et de gynécol. du Sud Réunion annuelle tenue du 15 au 17 décembre 1908, à Saint-Louis, U. S A. (d'après Medical Record).

Dawson, Bernard. — Appendicostomy : With notes on the surgical aspects of colitis. The British Medical Journal. 9 janv. 1909. N° 2506, p. 78 à 83.

Ewart. — Operations of Surgery (Jacobson et Rowlands).

Hale White et Golding Bird. — Transact. of clinical Society of London, t, XXIX, 1896, p. 45, et t. XXXII, 1899, p. 183.

Holton C Curl. — Annals of Surgery. Avril 1906.

Hutchinson. — British Medic. Journal, May 13 th. 1905.

Jacobson et Rowlands. — Operations of Surgery.

Keetley. — British Med. Journal. Vol. II, 1894, p. 1155.

Labey, G. — Thèse de Paris. De la cœcostomie dans le traitement des colites rebelles.

Lapeyre — Congrès de chirurgie, 4 octobre 1905.

Mac Lean. — Associat. de chir. et gynécol. du Sud. Réunion annuelle tenue du 15 au 17 décembre 1908, à St-Louis, U. S. A. (d'après Medical Record).

Morley Wilis. — The Lancet, 1906, vol. I, p. 1180.

Mummery, M.-L. — The Lancet, vol. II, 1907.

Murell, W. — The Lancet, 12 mars 1904.

Murphy. — Annals of Surgery. February 1906.

Schiassi. — Entero-colite muco-membranosa e tiflostomia temporanea. Bologne 1900 (brochure).

Segond. — Compte-rendu de la Société de chirurgie, 1904.

Stretton. — The Lancet. Vol. I, 1906, p. 1833.

Weir, R.-F. — A new use for the useless appendix in the surgical treatment of obstinate colitis. New-York, Méd. Record, August 9 th. 1902, LXII, p. 201.

TABLE DES MATIÈRES

		Pages
AVANT-PROPOS		9
HISTORIQUE		11
CHAPITRE I[er].	— Technique opératoire	15
— II.	— Indications de l'appendicostomie	19
— III.	— De l'appendicostomie dans les cas de colite	21
— IV.	— Traitement	31
— V.	— Autres indications de l'appendicostomie	39
OBSERVATIONS.	— Colite simple chronique	43
—	— Colite ulcérée chronique	52
—	— Péritonite septique diffuse	58
—	— Drainage du cœcum et obstruction intestinale	61
CONCLUSIONS		64
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE		65

SALINS — IMPRIMERIE LÉON BOUVIER

68

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PATHOGÉNIE

DE

L'HÉMOPHILIE

ET DE

QUELQUES ETATS HÉMORRAGIPARES

(Hémophilie expérimentale et comparée)

DU MÊME AUTEUR

KYSTE HYDATIQUE DU QUADRICEPS CRURAL. — *Société Anatomique*, 26 juillet 1907.

FIÈVRE APHTEUSE. — Revue générale (en collaboration avec M. Panisset). *Gazette des hôpitaux*, 25 juillet 1908.

QUELQUES AFFECTIONS SPASMODIQUES DES VOIES RESPIRATOIRES CHEZ L'ENFANT ; de leur traitement adjuvant par la morphine. (En collaboration avec le Dr Triboulet). *La Clinique*, 11 septembre 1908.

DE L'EMPLOI DES INJECTIONS DE MORPHINE DANS LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE (en collaboration avec le Dr Triboulet). *Société de Pediatrie*, 20 octobre 1908.

HISTOIRE D'UNE FAMILLE D'HÉMOPHILES. La petite hémophilie familiale (en collaboration avec le Dr P. Em. Weil). *Société Médicale des hôpitaux*, 23 octobre 1908.

A PROPOS D'UNE OBSERVATION DE POLYARTHRITES TUBERCULEUSES, (en collaboration avec les Drs Triboulet et Ribadeau-Dumas). *Société de Pediatrie*. Novembre 1908.

DEUX CAS D'HYPERTROPHIE DU THYMUS (en collaboration avec M. Debré). *Société Anatomique*, 13 novembre 1908.

BOTRYOMYCOME DU POUCE (en collaboration avec le Dr Balzer) *Société de Dermatologie* 3 Décembre 1908.

CHANCRE SYPHILITIQUE DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE (en collaboration avec le Dr Balzer) *Société de Dermatologie*. 3 Décembre 1908.

TUBERCULOME PRIMITIF DE LA MATRICE DE L'ONGLE (en collaboration avec le Dr Balzer). *Société de Dermatologie*. 7 Janvier 1909.

DERMATITE POLYMORPHE CHRONIQUE CIRCONSCRITE, avec formation de placards symétriques de vitiligo et de sclérodermie (en collaboration avec le Dr Balzer) *Société de Dermatologie*. 4 Février 1909.

KÉRATODERMIE PALMAIRE AVEC POROKÉRATOSE (en collaboration avec le Dr Balzer) *Société de Dermatologie*. 7 Janvier 1909.

NOTE SUR LES EXTRAITS DESSÉCHÉS DE TÊTES DE SANGSUES (en collaboration avec le Dr P. Em. Weil) *Société de Biologie*. 27 Février 1909.

ACTION PHYSIOLOGIQUE ET HÉMORRAGIPARE chez le lapin des extraits desséchés de têtes de sangsues (en collaboration avec le Dr P. Em. Weil). *Société de Biologie*. 27 Mars 1909.

TROUBLES de la coagulation du sang chez une femme ayant eu des hémorragies de la délivrance à des accouchements successifs (en collaboration avec le Dr Demelin). *Société d'obstétrique de Paris*, 22 avril 1909.

HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE RAPIDEMENT GUÉRIE (en collaboration avec le Dr Galliard) *Société médicale des hôpitaux*, 18 juin 1909.

ESSAIS de prévention et de correction de l'incoagulabilité hirudinique chez le lapin. (en collaboration avec le Dr Em. Weil) *Société de Biologie*, 17 juillet 1909.

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES sur les applications de sangsues en clinique humaine, (en collaboration avec le Dr P. Em. Weil). *Semaine médicale*, 8 septembre 1909.

ACTION DIFFÉRENTE DES LOBES HYPOPHYSAIRES sur la coagulation du sang chez l'homme et chez le lapin. *Société de Biologie*, 23 octobre 1909.